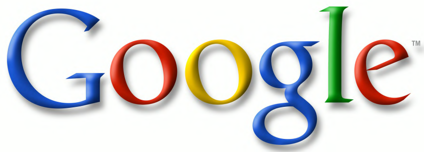


ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS
DÉPARTEMENTAUX

PARIS & ENVIRONS

DR A. MARIE

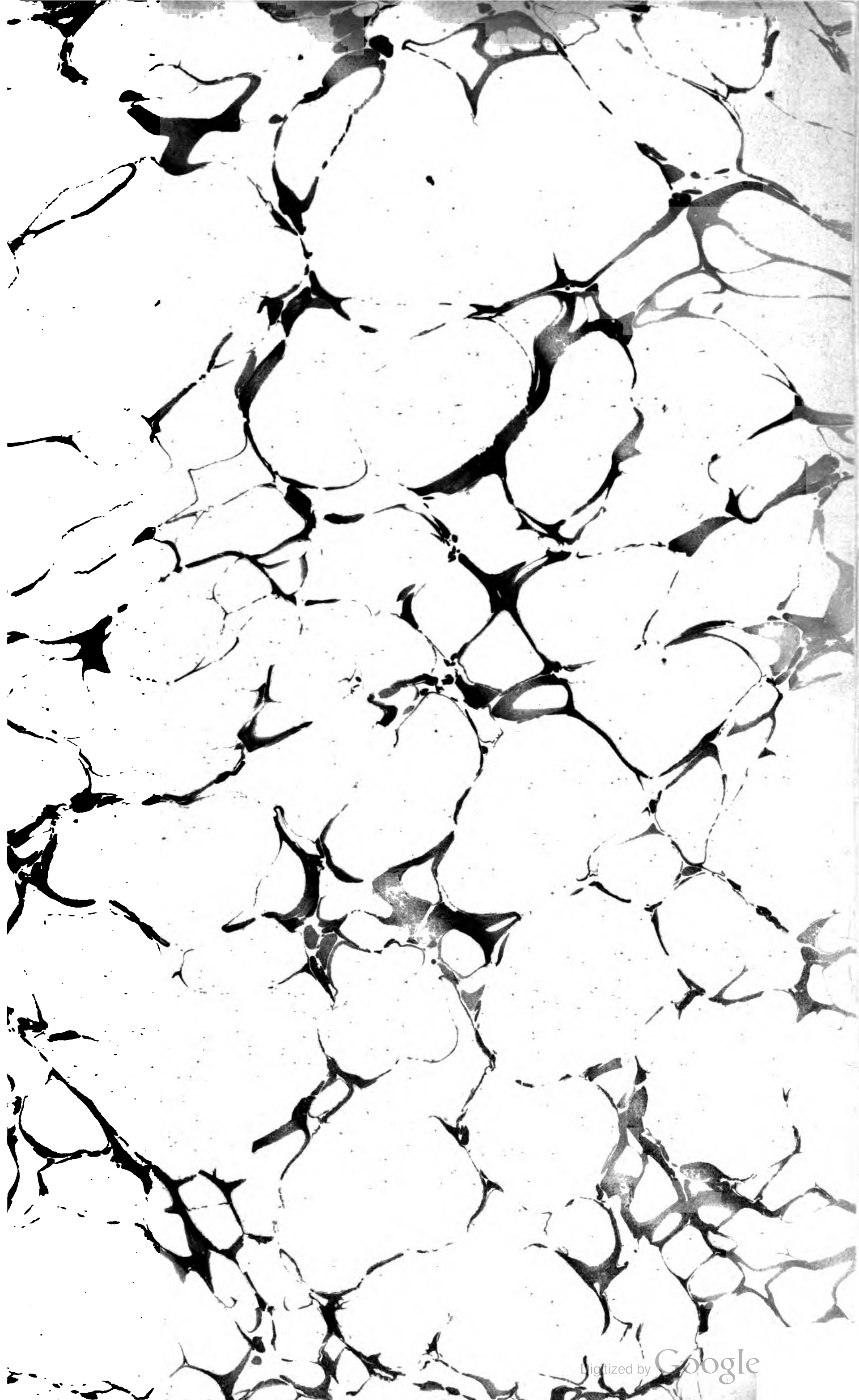
L'ASSISTANCE
DES ALIÉNÉS
EN ÉCOSSE,
1892

RELIÉ PAR LES ATELIERS DÉPARTEMENTAUX
POUR LES OUVRIERS ESTROPIÉS OU INFIRMES


U. S.
CUSTOMS
SERIAL 266
CASE 331




SIGILLVM ACADEMIAE HARVARDIANAE IN NOV · ANG ·
CHRISTO ET ECCLESIAE
VE RI TAS



# L'ASSISTANCE DES ALIÉNÉS

## EN ÉCOSSE

Librairies-Imprimeries réunies, rue Mignon, 2, Paris

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
LIBERTÉ — ÉGALITÉ — FRATERNITÉ

PRÉFECTURE DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE
**Direction des Affaires départementales**
SERVICE DES ALIÉNÉS

MISSION MÉDICALE

BOURSE DE VOYAGE — CONCOURS DE 1890

# L'ASSISTANCE DES ALIÉNÉS

## EN ÉCOSSE

PAR

**Le Docteur A. MARIE**

Ancien Interne (médaille d'or) des asiles de la Seine
Médecin adjoint des asiles de la région de Paris



PARIS
LIBRAIRIES-IMPRIMERIES RÉUNIES
2, RUE MIGNON, 2

1892

# PREMIÈRE PARTIE

## ASILES DE TRAITEMENT POUR LES ALIÉNÉS CURABLES

---

## CHAPITRE PREMIER

### AVANT-PROPOS

L'organisation de l'assistance des aliénés, en Écosse, offre cela de remarquable qu'elle présente beaucoup d'analogie avec la nôtre, mais avec ceci de particulier qu'elle paraît avoir atteint un stade de perfectionnement par lequel vraisemblablement nous passerons aussi bientôt

Ce qui nous fait penser que cette organisation est en avance sur la nôtre, c'est que les institutions législatives et administratives anglaises, à ce point de vue, sont certainement antérieures aux nôtres.

Dès 1744, le corps médical spécial était constitué, alors que chez nous, à part quelques grandes figures comme les Pinel, Esquirol, Parchappe, etc., les aliénistes n'existaient pas avant la création du corps médical de l'Administration (1838).

Profitant de l'expérience de l'Angleterre, l'Écosse a pu, en 1857, organiser de toutes pièces son assistance des aliénés et atteindre d'emblée un degré de perfectionnement supérieur à celui de l'Angleterre même, comme il arrive toujours en pays neuf, où l'outillage (bâtiments, etc.) répond aux créations dernières et au summum de perfectionnement, dégagé des impedimenta

qu'entraîne l'existence de vieux locaux et de matériaux démodés qu'on est obligé d'utiliser ailleurs.

Les problèmes dont la solution est aujourd'hui à l'ordre du jour en France (au premier rang l'encombrement des asiles) ont été d'autre part posés de bonne heure en Grande-Bretagne ; on a dû les résoudre (si tant est qu'ils soient solubles d'une façon définitive) et nous verrons comment.

Étudions sans plus tarder l'organisation et le fonctionnement des établissements d'assistance pour les aliénés en Écosse.

Il est logique de commencer l'étude des quartiers d'asile par les asiles fermés proprement dits, les plus semblables à ceux que nous possédons en France. C'est en effet là le creuset dans lequel va passer le malade et d'où il ne sortira qu'avec un diagnostic définitivement établi.

On ne saurait trop insister sur ces deux points :

1° Nécessité absolue du passage pour tous les malades dans cet asile, c'est-à-dire pas de placements directs dans les familles ni les colonies ;

2° Une fois là, examen rigoureux de ces mêmes malades en vue d'un classement scientifique.

Ce classement implique un mouvement de sorties correspondant à celui des entrées, si l'on ne veut pas voir le cloisonnement de ce premier asile d'observation devenir insuffisant ; aussi, les guérisons étant encore loin d'être assez nombreuses, il faut prévoir, dans le classement même, différentes catégories d'aliénés à évacuer mais susceptibles d'une méthode d'assistance commune particulière. C'est ainsi qu'un grand groupe d'inoffensifs, déments, séniles et incurables, seront envoyés de préférence dans des asiles-colonies hors des villes. Il est certain, dès à présent, que, si cette sélection rigoureuse était faite et l'évacuation exigée, le

budget de l'assistance se trouverait considérablement soulagé.

En Écosse, nous le verrons, on y a apporté le plus grand soin, et c'est peut-être là qu'il faut chercher la raison de l'amélioration du régime intérieur des asiles qui, débarrassés de cette grosse question de l'encombrement, ont pu pousser plus loin celle du confort intérieur.

L'emploi du système familial vient d'ailleurs compléter heureusement cette méthode, en permettant d'assister, à peu de frais, un nombre illimité de chroniques incurables des catégories précitées.

Nous reviendrons sur chacun de ces points ; mais, dans ce premier chapitre, nous commencerons par étudier les asiles proprement dits de l'Écosse.

— L'assistance des aliénés, en Écosse, est assurée par plusieurs catégories d'établissements. Au premier rang, par ordre d'importance et de date, viennent les asiles royaux, dont l'existence est antérieure à la promulgation de la loi de 1857 sur les aliénés. Ces institutions sont au nombre de 7 :

| | |
|---|---|
| **Crichton** . . . . . . . . . . | Institution. |
| **Murrays** . . . . . . . . . . . | — |
| **Édimbourg** . . . . . . . . . | Royal Asylum. |
| **Glascow** . . . . . . . . . . . | — |
| **Aberdeen** . . . . . . . . . . | — |
| **Dundee** . . . . . . . . . . . | — |
| **Montrose** . . . . . . . . . . | — |

Les deux premiers d'entre ces asiles ont une existence propre comme ayant été élevés antérieurement, aux frais des bienfaiteurs dont ils portent le nom.

Nous donnerons plus loin la description de celui d'entre eux que nous avons visité (Crichton A. Dumfries).

Les cinq autres asiles royaux furent à l'origine construits partie avec l'argent de legs, souscriptions et

donations, partie avec la contribution constante et plus ou moins considérable des paroisses.

Nous étudierons les deux plus importants d'entre eux, ceux d'Édimbourg et de Glascow.

— Conformément aux prescriptions de la loi nouvelle, d'autres asiles furent créés en 1857 ; ce furent les asiles de districts, dont le système complète celui des asiles royaux. Leur budget est constitué par les contributions des bourgs et comtés ; ils sont destinés à l'assistance des aliénés pauvres des localités où n'existent pas d'autres établissements ; ils sont actuellement au nombre de 13 :

| | |
|---|---|
| 1. Glascow. . . . . . . . . | District-Asylum. |
| 2. Sterling. . . . . . . . . | — |
| 3. Ayr . . . . . . . . . . . | — |
| 4-5. Bauff. . . . . . . . . | — (Ladys bridge et Woodpark.) |
| 6. Elgin . . . . . . . . . . | — |
| 7. Haddington. . . . . . . | — |
| 8. Perth . . . . . . . . . . | — |
| 9. Roxburgh. . . . . . . . | — |
| 10. Argyll and Bute. . . . | — |
| 11. Fife and Kinross. . . . | — |
| 12. Peebles and Midlothian. | — |
| 13. Inverness. . . . . . . . | — |

Ces asiles peuvent être distingués en ruraux ou urbains, selon leur situation, ce qui n'est pas sans intérêt au point de vue de l'organisation du travail des malades et du développement possible ou non des colonisations annexées.

Il nous reste à indiquer en quelques mots les formalités qu'impliquent les placements dans les asiles d'Écosse.

Tous les placements doivent être ordonnés par un dépositaire de l'autorité publique, le shériff. La seule différence qu'il y ait entre le mode de placement des aliénés indigents et des non-indigents consiste en ce

que, pour obtenir du shériff le placement d'un non-indigent, il faut fournir des certificats de deux médecins, étrangers tous deux à l'établissement. En cas d'urgence, le malade peut être reçu d'emblée, sur un seul certificat médical, et gardé pendant trois jours, délai qui permet de remplir les formalités ordinaires, c'est-à-dire de se procurer deux autres certificats médicaux et d'obtenir l'ordonnance du shériff.

Il y a, à Édimbourg comme à Londres, un bureau central de *commissionners in Lunacy*, qui concentre entre ses mains la direction de tout le service, la protection et la surveillance de tous les aliénés et qui tient un registre complet de tous les malades. Il n'y a en Écosse rien d'analogue à la catégorie des aliénés du Lord Chancelier d'Angleterre, ni au corps spécial de fonctionnaires chargés de l'administration de leurs biens et de la protection de leurs personnes; c'est aux shériffs qu'incombe ce soin et aux commissions locales des officiers de charité et inspecteurs des pauvres.

---

## Généralités sur les asiles royaux et de districts

Les particularités communes aux asiles écossais et qui les différencient des asiles français sont de plusieurs sortes.

Au premier rang figure le système des portes ouvertes (*open door system*), impraticable chez nous dans l'état actuel des choses ; il est possible en Écosse, grâce à un classement très minutieux des malades ; dès lors il n'y a plus là un sujet d'étonnement, car il n'est pas de pays où en réunissant les malades infirmes ou affaiblis on ne puisse leur supprimer les verrous, serrures et crémones.

Ce serait une naïveté que de préconiser un tel système uniquement pour les alités ; aussi n'est-ce point à eux seuls que s'applique cette méthode en Écosse.

En effet des malades, même atteints d'affections mentales aiguës, bénéficient de cette méthode, grâce à une surveillance rigoureuse et à la graduation de cette liberté selon leur état mental quotidien.

Comme on le verra plus loin, en effet, chaque jour est dressée une liste des malades qui peuvent sortir de leurs quartiers accompagnés, et de ceux qui peuvent sortir seuls dans ces mêmes jardins et aussi en ville quelquefois.

Une coutume curieuse est celle qui consiste à faire donner à ces malades permissionnaires leur parole d'honneur de ne pas sortir, les uns de la propriété, les autres d'un certain rayon au dehors. La sanction de

cette promesse consiste à faire passer de la liste des sortants sur parole à celle des permissionnaires accompagnés, ou même à réintégrer le malade dans une section fermée.

Cette coutume a l'avantage de développer chez le malade le sentiment de la conservation d'un certain degré de responsabilité. La plupart, nous a-t-on dit, s'efforcent de se montrer dignes de la confiance qu'on leur accorde.

Néanmoins on comprend que des évasions se produisent ; nous avons eu la curiosité d'en connaître le nombre et, pour l'asile de Crichton en particulier, on nous a dit qu'il était d'environ 20 par an pour une population moyenne de 876 malades, soit 2,28 pour 100. Ce chiffre est relativement élevé ; mais les médecins écossais ne s'en effrayent pas autrement, préférant voir quelques malades s'échapper, pourvu que la majorité jouisse d'une liberté plus grande.

Tous les efforts sont combinés pour donner à l'asile les apparences d'une maison privée. C'est ainsi qu'à Édimbourg les pensionnaires ont des pavillons avec escaliers indépendants, dont la porte est ouverte sur les jardins. La concierge est une gardienne dont la présence constante passe ainsi inaperçue ; elle a un double de la liste quotidienne des malades *confined* ou libres sur parole.

Le reste de l'aménagement matériel est à l'avenant ; au lieu de portes massives, la porte vitrée ; au lieu de grilles aux fenêtres, de vastes baies, éclairées par de larges glaces. Tout au plus restreint-on le degré d'ouverture des châssis, dont le glissement ne s'élève pas au-dessus d'une certaine hauteur.

Les cheminées elles-mêmes sont telles qu'on les rencontre dans les maisons privées, sans garnitures métalliques spéciales. Ici encore on préfère l'intervention

intelligente des surveillants à des moyens automatiques matériels.

Les cellules proprement dites sont peu nombreuses; en effet, même capitonnées, elles constituent une façon de *restraint*, dont on ne doit user qu'avec modération. Esquirol lui-même a dit qu'un malade en cellule, pris d'un paroxysme, doit pouvoir aller au grand air, s'abandonner à toute son agitation; « ainsi il est bientôt calme et fût devenu furieux s'il n'avait pu quitter sa cellule, parce qu'il y fût resté exposé aux causes de son agitation exaltée par la contrariété ».

En revanche, les chambres séparées pour un seul malade, ou pour un petit groupe de 4 à 6, sont très employées. Elles développent chez les malades un certain degré d'instinct de la propriété, moyennant qu'on leur laisse aménager à leur guise ce petit intérieur. On réalise ainsi, d'une façon parfaite, l'isolement réclamé pour les aliénés par tous les auteurs.

Nous n'avons pas remarqué de dispositions particulières dans les cellules existantes; la difficulté est partout la même pour en assurer l'éclairage, la surveillance et la propreté. Cependant l'emploi de la lumière électrique nous a paru offrir de grands avantages; elle évite l'éclairage continu de la cellule où le malade dort mal; il suffit au veilleur de pousser, à son passage, le bouton de communication, qui lui donne momentanément la lumière voulue pour exercer sa surveillance. L'emploi des tubes à eau chaude ou à vapeur, pour le chauffage, a aussi un avantage sur le calorifère à air chaud que nous n'avons pas vu employé dans les asiles d'Écosse. Comme la bouche d'air est fatalement placée près du niveau du sol, les malades urinent généralement dans cette ouverture qui s'offre à eux, d'où empoisonnement de l'atmosphère de la cellule. Quand les cellules ne possèdent pas de sièges semblables à

ceux des cabinets d'aisances, les malades ont généralement des vases en carton-pâte ou en gutta-percha. Les cabinets ordinaires sont généralement placés dans une salle dallée où se trouvent les lavabos et des bains spéciaux à chaque section, indépendamment du pavillon des douches et bains généraux.

Les lavabos ont des robinets d'eau chaude et froide.

Les baignoires sont dépourvues de toute couverture métallique ou en toile auxquelles supplée la surveillance des gardiens. Elles sont généralement en fonte émaillée ou en une sorte de terre cuite.

Il est défendu d'ouvrir les robinets d'eau chaude pendant que le malade est dans le bain.

Les cabinets sont avec siège et cuvette à soupape; la chasse d'eau est généralement automatique et intermittente.

La literie est variée; mais on semble préférer les lits métalliques avec sommiers en toile également métallique. Ces sommiers paraissent d'ailleurs bien moins coûteux en Angleterre que chez nous.

Les gâteux ne nous ont pas paru être l'objet d'un couchage différent; on emploie seulement l'alèze en gutta-percha, pour les empêcher de souiller leurs matelas. Les infirmiers font le reste.

Pour les épileptiques, ni planches capitonnées, ni filet métallique; leurs lits sont simplement très bas et sans galerie, de façon qu'ils ne tombent pas de haut et ne puissent se faire de mal.

Ajoutons, pour les aliénés porteurs d'eschares, l'emploi du matelas d'eau, en caoutchouc.

Pour les veilleurs, dont nous avons parlé plus haut, il existe des contrôleurs automatiques, comme dans certains asiles français.

L'ornementation intérieure de l'asile, très soignée, achève de donner à l'aménagement matériel un aspect

des plus satisfaisants. Cette ornementation, nous le verrons plus loin, est, pour une large part, due aux malades ; ceux-ci, encouragés à la confection de petits objets de leur fantaisie, s'y appliquent, et cela donne des résultats fort curieux.

Dans la Seine, en encourageant les malades à ces sortes de productions pseudo-artistiques, on obtiendrait certainement les résultats les plus inattendus et une collection unique des produits de l'imagination des aliénés.

Au musée de médecine légale de la Faculté de Lyon, M. Lacassagne a réuni des documents précieux de ce genre.

Outre la distraction que donne aux malades ce genre d'occupation, pour ainsi dire d'agrément, il existe des jeux nombreux, tels que billards, pianos, trictrac, etc.

Les bibliothèques sont généralement très riches et les malades y organisent souvent des lectures faites à haute voix par l'un d'entre eux. Outre les journaux donnés à profusion, surtout des journaux illustrés, les malades rédigent d'ordinaire et impriment eux-mêmes un journal.

Ce genre de publication, entièrement dû aux malades, est des plus intéressants, en ce qu'il reflète fidèlement les conceptions délirantes des rédacteurs (1). Si maintenant nous passons aux distractions prises hors de l'intérieur de l'asile, nous ne les trouvons pas moins nombreuses ; ce sont surtout des jeux nécessitant un grand développement d'activité et de force physique. Cricket, foot-ball, lawn-tennis, sont l'objet de matchs entre les hommes, auxquels se joignent les gardiens. Pour les femmes, le croquet et le volant. Pour les uns et les autres, les jeux de boules et de quilles.

(1) Ces imprimeries de l'asile publient également sans frais les rapports annuels sur l'établissement.

En hiver, le jeu national écossais, qui consiste à faire glisser des galets de pierre sur la glace, est pratiqué partout, et nous avons constamment rencontré une installation spéciale dans ce but.

De grands halls existent également dans chaque établissement ; les uns, pour les repas en commun, près des cuisines ; les autres, pour les offices du dimanche ou les représentations théâtrales.

Dans certains établissements, la même salle sert au pasteur le matin et le soir comme salle de spectacle, sans que personne en soit choqué.

Enfin la culture des fleurs et quelques occupations de jardinage complètent les distractions offertes aux malades.

« Faites en sorte qu'un aliéné soit si bien occupé qu'il ne puisse pas songer à ce qui fait l'objet de son délire ; que le reste du temps soit donné au sommeil, et la guérison ne se fera pas longtemps attendre. » (Leuret, p. 181.)

Ce principe a été depuis fort longtemps celui des médecins écossais, et il y a plus d'un demi-siècle que Mackintosh avait organisé le travail professionnel à l'asile de Dundee.

Tandis que chez nous la ferme Sainte-Anne, organisée dans ce même but par Ferrus, perdait peu à peu son caractère primitif, les aliénistes écossais s'attachaient de plus en plus à développer ce qui pour eux représentait à la fois un instrument thérapeutique et un élément d'hygiène générale ; mais le pivot de cette organisation, que le travail soit professionnel ou agricole, réside dans le choix des chefs d'ateliers.

Chez nous, dans la Seine en particulier, les chefs d'ateliers constituent une sorte d'aristocratie d'employés ; ils se considèrent comme n'ayant rien de commun avec les gardiens ou surveillants et affectent

de n'avoir aucun rapport avec la partie médicale du service. Dans ces conditions, si un malade est un peu plus troublé ou manque de condescendance à leur égard, loin de s'attacher à vaincre par la douceur et la persuasion ses appréhensions vaines ou son irritation morbide, ils le chassent impitoyablement de l'atelier, compromettant ainsi le résultat d'efforts souvent réitérées du médecin pour obtenir que les malades sortent de leur inertie ou de leur concentration.

Nous avons eu occasion, au cours de notre internat, d'observer maintes fois des faits de ce genre et, tant que l'esprit des chefs d'ateliers ou le personnel n'aura pas été changé, l'organisation du travail des aliénés sera impossible (1).

En Écosse, au contraire, nous avons été frappés de voir les chefs d'ateliers, entièrement assimilés aux gardiens, se présenter à la visite du matin avec leurs travailleurs et donner à cette occasion des renseignements précieux au médecin, concernant l'attitude du malade à l'atelier.

Le secret de cette différence tient à ce fait que, en Écosse, les chefs d'ateliers comme les gardiens et surveillants reçoivent un enseignement spécial en ce qui concerne les soins à donner aux malades ; cet enseignement donné par les médecins est sanctionné par des examens et la délivrance de diplômes sans lesquels il n'est pas possible d'être chef d'atelier, pas plus que chef de section. Dans ces conditions, l'antagonisme qui existe chez nous n'a plus sa raison d'être : un maître tailleur ne s'offense pas de ce qu'on l'appelle infirmier.

(1) « Un nombre assez élevé de malades travaillent d'une façon régulière et active ; pour cela, il faut savoir les diriger, les encourager par des sorties, des promenades : *le personnel appelé à les surveiller ne comprend pas toujours sa mission ; on le choisit trop souvent parmi des personnes qui ne connaissent pas les aliénés.* »
(Rapport médical, 1890. Dr Bouchereau.)

Ainsi assurée par un personnel dressé dans ce but, l'organisation du travail comprend une proportion de malades considérable, tant pour les ateliers que pour les champs et diverses corvées.

A ce propos, signalons une précaution qui a son importance.

Quand les travailleurs sont organisés en équipe, rentrant manger et coucher à l'asile, il y a pour eux des *boot-rooms*, sortes de vestiaires où ils changent leurs chaussures afin de ne point salir les galeries et dortoirs.

D'une façon générale, l'éducation des gardiens et gardiennes est organisée uniformément par les soins de l'Association médico-psychologique anglaise, dont un comité permanent détache des membres chargés de contrôler l'enseignement reçu par les infirmiers, des médecins de chaque établissement.

Des manuels, dus à MM. Mills et Granger, sont mis entre les mains des postulants au grade d'infirmier.

Grâce à ce système, on est arrivé à obtenir d'excellents « attendants ». Le docteur Clouston cite plusieurs preuves de présence d'esprit en même temps que de tact de la part de ses gardiennes.

Une malade, hallucinée du goût, se plaignait amèrement de la nourriture avec insistance; l'infirmière, interrogée devant elle, répondit simplement qu'en effet, depuis quelques jours, toutes les méchantes poules faisaient des œufs gâtés et les vaches donnaient du lait sur.

Si le personnel subalterne est parfaitement à la hauteur de sa tâche, le médecin est aussi parfaitement secondé par les « assistants » du service médical auxiliaire.

Cette institution des assistants mérite qu'on s'y arrête un instant.

C'est une combinaison de l'internat et de l'adjuvat qui, moyennant un recrutement soigné fait au choix et sur titres, assure partout le service auxiliaire, si difficile à organiser chez nous, en province, où les internes manquent souvent et quelquefois aussi les adjoints.

Les assistants entrés dans l'administration en cours d'études régulier, y achèvent de conquérir leurs grades universitaires, et, quand ils les ont obtenus, ils deviennent, d'assistants juniors, assistants seniors, quelque chose comme les majors d'internat qui existent chez nous dans quelques hôpitaux (Marseille, par exemple).

Dès le début donc, les jeunes gens qui entrent en service se vouent à la spécialité et l'on ne voit pas, comme cela s'observe quelquefois dans la Seine, des internes passagers pour lesquels l'asile n'est qu'un succédané de l'hôtel ou du restaurant, où ils entrent avec l'intention arrêtée de s'occuper de tout, excepté d'aliénation.

Notre procédé de concours, nécessaire avec des candidats qu'on ne connaît pas, est remplacé par le choix d'assistants en service depuis plusieurs années, avec qui le chef partage, quand ils sont docteurs, une partie du service même administratif (délivrance de certificats et régime intérieur de l'asile).

Les assistants les plus anciens fournissent les superintendents (médecins-directeurs), au fur et à mesure des vacances.

Le maintien indispensable des assistants en cours d'étude au voisinage des Universités leur permet de parfaire complètement leur éducation scientifique, et quand, plus tard, ils sont déplacés loin des Facultés, ils trouvent toujours des laboratoires parfaitement installés pour la micrographie, qui est l'objet de re-

cherches très sérieuses dans tous les établissements que nous avons visités.

Chez nous, les internes n'ont qu'une faible participation au service. Si, pour les internes non docteurs, cela s'explique, il devrait en être autrement pour ceux qui ont passé leur thèse dans la spécialité, au cours de l'internat, et dont l'instruction spéciale est garantie maintenant par le concours.

Pourquoi ne créerait-on pas chez nous aussi un intermédiaire entre l'internat et l'adjuvat, c'est-à-dire un corps d'assistants?

Dans la Seine, ce serait chose facile; outre l'exemple des hôpitaux de Paris (Saint-Louis) où semblable institution existe, on ne ferait ainsi que sanctionner un état de choses existant en fait.

Qu'arrive-t-il parfois chez nous?

Au moment des vacances, un médecin adjoint peut se trouver seul pour remplacer trois chefs de service, quand il n'en remplace pas quatre. Il est ainsi obligé de voir chaque jour un millier de malades, sans compter les affections intercurrentes du personnel et les consultations externes. Or dans certains services, le nombre moyen des entrées *journalières* n'est pas moindre de 10 par jour.

Dans ces conditions, la partie effective du service incombe forcément aux internes respectifs de chaque division, sous la responsabilité lourde de l'unique médecin adjoint. Il faut beaucoup d'habileté et d'énergie pour faire face à une telle situation. Sans service une partie de l'année, le médecin adjoint peut se trouver, le reste du temps, en avoir quatre fois plus qu'il n'est normalement possible d'en faire.

Pourquoi les internes les plus anciens, docteurs en médecine, ayant passé un concours spécial d'internat et fait une thèse dans la spécialité, ne seraient-ils pas,

après examen de leurs titres et de leurs états de services, appelés à des fonctions plus actives (signature des certificats, etc.), que la loi les autorise à exercer comme docteurs en médecine? Ces assistants, internes transformés, seraient simplement prorogés pour quatre années de services nouveaux, auprès de chefs qui auraient pu les apprécier; après quoi, ayant parfait leurs études, ils pourraient passer médecins adjoints, au lieu qu'actuellement l'interne qui concourt directement pour l'adjuvat n'a aucun bénéfice à être reçu de bonne heure ni dans un bon rang. Il est, en effet, exposé à être expédié prématurément loin de tout centre d'études, privé de tout moyen de travail scientifique (bibliothèque, laboratoire, etc.); il court grand risque de voir son activité s'éteindre comme la flamme dans le vide.

L'introduction dans la Seine d'un corps d'assistants résoudrait la question de l'insuffisance en nombre des médecins, sans grever le budget. Les internes docteurs actuels deviendraient assistants sur place, sans créations nouvelles.

Grâce à l'institution des assistants, en Écosse, un service médical complet est assuré pour chaque établissement. Or on sait que le nombre des guérisons obtenues chez eux est près du double des nôtres. La sélection soignée des malades, grâce à un corps médical nombreux, en est la cause.

Si la situation des malades à l'asile est satisfaisante, les conditions de leur sortie ne le sont pas moins.

Il ne suffit pas d'ouvrir à un malade amélioré les portes de l'asile et de le replacer brusquement dans la lutte pour l'existence; il faut encore l'aider à reprendre sa place dans la société, le soutenir même dans les défaillances possibles. C'est ce à quoi répondent, en Écosse, les placements à titre d'essai dans les familles, avant

la sortie définitive, ainsi que les sorties à titre d'essai, le malade devant revenir à certaines époques ou faisant connaître sa situation par l'intermédiaire des membres des sociétés de patronage (existant dans chaque district).

Les asiles, même les asiles ruraux, ont à cet effet des consultations externes où les anciens malades guéris reviennent spontanément à l'approche de certaines rechutes ou pour tout autre motif.

Dans le premier cas, si leur état est assez alarmant et qu'ils en manifestent le désir, le médecin peut les admettre directement comme *volontary inmates*. Chez nous, de tels placements n'existent pas encore. L'article 14 du nouveau projet de loi accorde à certains aliénés le droit de réclamer leur placement. « C'est là une heureuse innovation sur l'ancienne législation, c'est un pas sérieux vers l'assimilation de l'asile à un hospice ordinaire » (Dr Bourneville). Ce pas, fait depuis longtemps en Écosse, joint à toutes les autres particularités que nous avons signalées, transforme à tel point l'asile que les malades en arrivent à ne pas se croire internés ; témoin la malade de Clouston (78e Rapport, Édimbourg, R. A., 1890, p. 19), qui avait à ce point oublié le caractère de l'endroit où elle se trouvait, qu'en voyant une de ses voisines turbulente, elle déplorait vis-à-vis de la surveillante la nécessité dans laquelle on allait se trouver « d'envoyer cette malheureuse dans un asile ! ! ! »

Nota. — Les établissements visités ne contenaient pas de pavillons de contagieux ni d'étuve à désinfection ; cela tient à ce que toutes les villes importantes ont un service sanitaire spécial à ce point de vue. En cas de maladies infectieuses épidémiques à l'asile, le service municipal, averti, désinfecte le local et isole lui-même

le malade. Chez nous, l'absence de pareils services municipaux suffisants oblige les asiles à assurer eux-mêmes la désinfection et l'isolement des contagieux.

Nous avons dressé deux tracés, l'un du mouvement général des asiles d'Écosse de 1865 à 1890, l'autre du développement parallèle de l'assistance dans les établissements ou en famille; on y voit, dans les trois périodes décennales (1860 à 1870 — 1870 à 1880 — 1880 à 1890), l'influence réciproque des deux systèmes.

Dans les deux premières périodes (1860 à 1870 et 1870 à 1880) le *Private Dweling system* était en décroissance; aussi l'accroissement du nombre des aliénés internés dans les asiles a-t-il été de 1258 pour la première période et de 1746 pour la seconde, soit pour les deux réunies une augmentation de 3004.

Pour la décade suivante, les placements dans les familles s'étant multipliés, la courbe ascensionnelle des malades dans les asiles s'est infléchie, et l'accroissement en nombre n'a été que de 1326.

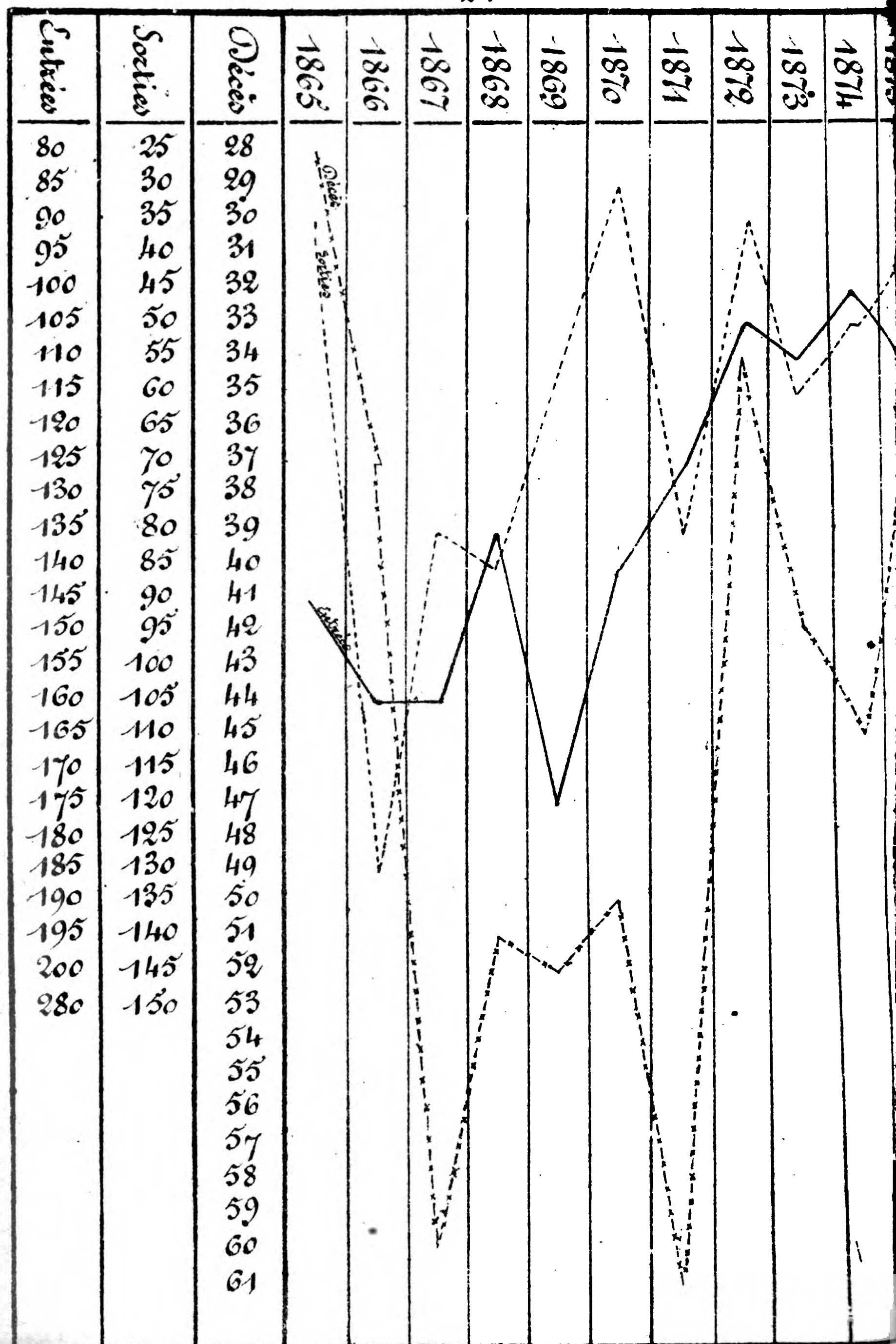
| ALIÉNÉS DANS LES ASILES<br>ACCROISSEMENT PAR DÉCADE | | PLACEMENTS FAMILIAUX<br>MOYENNE ANNUELLE PAR DÉCADE | |
|---|---|---|---|
| *A*. De 1860 à 1870........ | 1258 | *A*. De 1860 à 1870........ | 1946 |
| *B*. De 1870 à 1880........ | 1746 | *B*. De 1870 à 1880........ | 1487 |
| *C*. De 1880 à 1890........ | 1326 | *C*. De 1880 à 1890........ | 1998 |

(*Voir, page 156, les graphiques*).

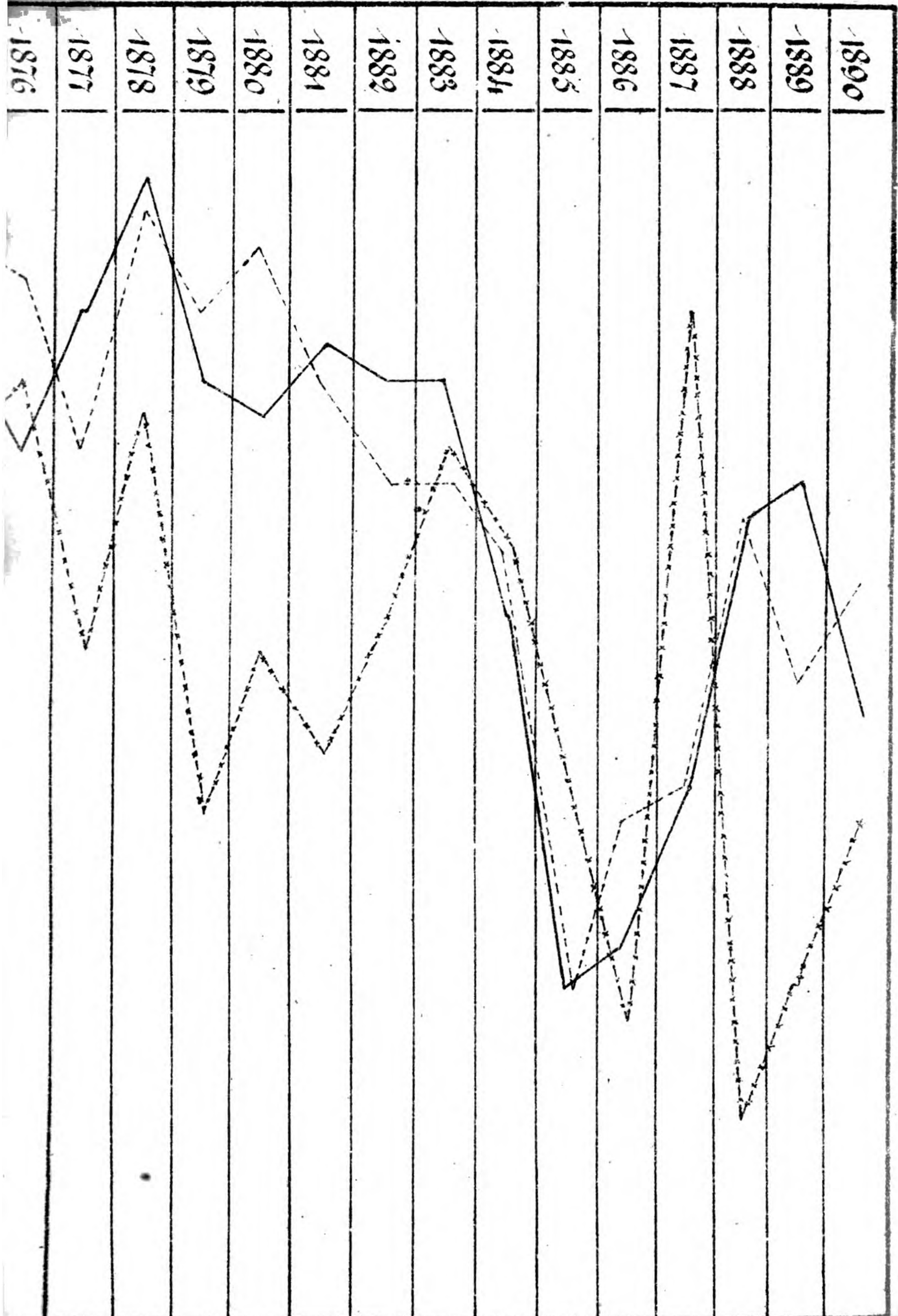
---

## ASILES PRIVÉS D'ÉCOSSE

| | | |
|---|---|---|
| Mavisbank, | Private Asylum | (Polton Midlothian). |
| Mollendo | — | (Musselburg). |
| Saughton-hall | — | (Near Edinburgh). |
| Westermains | — | (Kirkintilloch). |
| White-house | — | (Inveresk Midlothian). |




Mouvement général des Asil




Ecosse de 1865 à 1891.

# CHAPITRE II

## Institution autonome de Crichton Asylum (Dumfries)

Dr RUTHERFORD, superintendent.

Lorsque nous avons visité l'asile de Crichton, la population totale s'élevait à 794, ce qui constituait une augmentation de 97 malades sur l'année précédente, à la fin de laquelle la population était de 697 (348 hommes et 349 femmes). Il y avait eu de plus 373 admissions (195 hommes et 178 femmes) ; 206 sorties : 55 hommes et 68 femmes guéris, 43 améliorés (20 hommes et 23 femmes), 23 retirés tels (15 hommes et 8 femmes), 17 transferts ; décès, 70. On peut juger par là du mouvement moyen de la population de l'établissement.

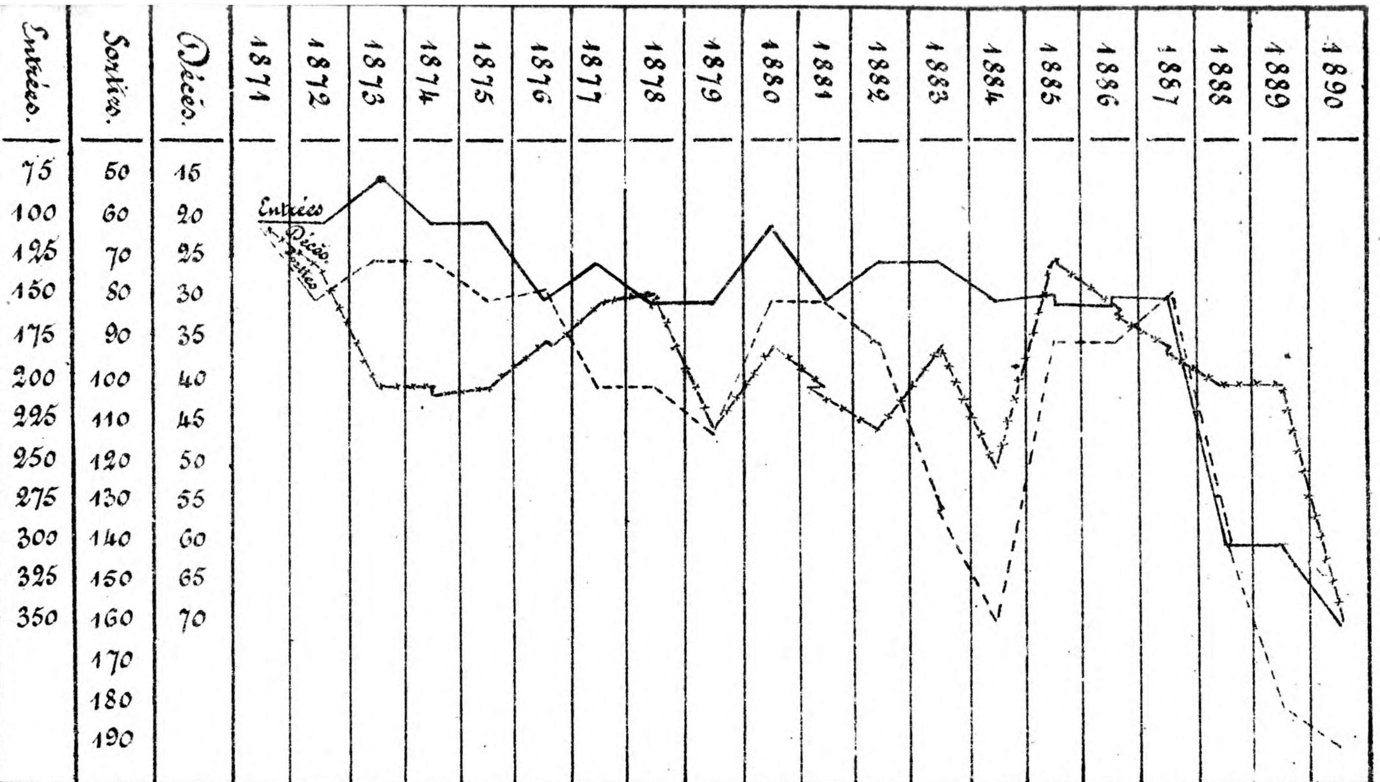
L'asile est situé à quelque distance de la ville, à un quart d'heure de la station, dans une campagne que dominent les constructions élevées sur un mamelon de plusieurs kilomètres de circuit. Alentour sont des jardins pittoresques et des arbres à demi séculaires, l'institution datant de 1837. Comme bien on pense, elle a dû subir depuis cette époque de nombreux remaniements ; mais, comme la méthode appliquée est précisément celle des cottages séparés, on a pu en construire au fur et à mesure de nouveaux, disséminés dans les jardins, sans nuire à l'harmonie du bâtiment central. Les pensionnaires des différentes classes y sont réunis ensemble dans des sections différentes ainsi que les indigents et, au moment où nous avons quitté l'asile, nous avons pu traverser l'asile-ferme, bientôt ouvert

aux malades, qui va encore compléter l'ensemble; on y mettra particulièrement des indigents travailleurs. La multiplicité de ces sections isolées permet d'employer, pour la plupart d'entre elles, le système de la porte ouverte.

Parmi les nombreuses causes d'étonnement, nous signalerons en effet l'extrême liberté dont jouissent les malades. Les sections donnent, à portes ouvertes, sur des galeries vitrées en jardins d'hiver, avec palmiers, cactus, etc., faisant directement communiquer le côté des hommes et celui des femmes, sans portes fermées intermédiaires. Les galeries de l'asile ont toutes les apparences de maisons particulières, rien de cet aspect de caserne-prison qu'on trouve trop souvent ailleurs. Cette ornementation, même un peu profuse et surchargée pour une maison privée, est composée de gravures encadrées, statuettes et moulages, fleurs en applique, etc., comme on se plaît à en avoir dans le *home* anglais plus qu'en France.

D'après les renseignements qui nous ont été donnés, cette ornementation ne coûte que fort peu de chose à l'asile; c'est généralement le fruit de donations en nature de visiteurs ou d'étrangers qui les envoient, quelquefois des souvenirs d'anciennes malades traitées et reconnaissantes (rares). Enfin une bonne partie aussi est confectionnée par les malades eux-mêmes, pour s'occuper et se distraire, conformément à leurs habitudes antérieures et à leur art dans certains cas. (C'est ainsi qu'à l'hôpital de Bedlam, à Londres, on peut voir une vaste composition sur toile représentant le Bon Samaritain. C'est l'œuvre originale d'un peintre de talent, délirant chronique, halluciné, interné à la suite du meurtre de son père.)

Les réunions en commun pour les collations, le thé, etc., rompent la monotonie de la journée, et




Crichton. Asylum. — Mouvement de 1870 à 91.

comme ces réunions, pour les repas, ont lieu dans un hall très vaste, unique pour tout l'asile, hommes et femmes, les malades y ont ainsi l'illusion d'une liberté aussi complète que possible. Tout le personnel, d'ailleurs, prend à tâche de s'efforcer d'effacer encore toute trace de système réclusionnaire par la participation, aussi étroite que possible, à ces mille petits actes de la vie ordinaire. C'est ainsi que, au cours de notre visite, nous avons été convié au thé de cinq heures, avec les malades indigents et les assistants qui prennent d'ordinaire la plupart de leurs repas au milieu d'eux. Nous croyons que c'est là une coutume qui, sans être suivie d'une façon constante, a d'excellents côtés en ce qu'elle augmente l'intimité affectueuse qui doit régner entre le médecin et ses malades.

Malgré la grande liberté accordée aux malades et l'emploi des sections ouvertes, il y a, nous a-t-on dit, bien peu d'accidents à signaler. Dans l'année qui a précédé, on n'en a eu même aucun, bien que 120 malades eussent eu des idées de suicide, que plusieurs avaient tenté de mettre à exécution avant ou après l'admission.

Le nombre des guérisons, pour les dix années précédentes, s'est élevé jusqu'à une moyenne de 45 pour 100; l'année précédant notre visite, il n'y en a eu que 35 pour 100, ce que le directeur attribue à l'influenza.

Tout est fait pour rendre l'établissement aussi semblable que possible à une maison privée et éloigner toute idée de séquestration. Nombre de petits détails d'aménagement intérieur ont été modifiés en ce sens; toutes les portes massives sont remplacées par des portes vitrées; plus de fenêtres à châssis de fer, mais de vastes glaces; les murs élevés de l'enclos ont été remplacés par d'élégantes grilles à jour.

L'expérience, nous disait le directeur, montre l'im-

portance énorme de tous ces petits moyens qui consistent à entourer les malades de toutes classes de tous les soins et le confort désirables.

Le système des portes ouvertes implique un classement très sérieux des malades, qui sont chaque jour portés sur des listes spéciales signalant le nom et le nombre de ceux à laisser dans les salles ou à ne laisser sortir que pour le travail, et ceux au contraire qui ont la permission de se promener dans les jardins, accompagnés, ou seuls sur parole. Quelques-uns enfin vont seuls, sur parole, non seulement dans les jardins de l'asile, mais en ville.

Nous donnons ici la reproduction d'une feuille du registre quotidien résumant ces différentes listes, ainsi qu'un petit tableau du nombre des malades soumis à ces différents régimes, au jour de notre passage.

| | PENSIONNAIRES | | PENSIONNAIRES volontaires | | INDIGENTS | | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | H. | F. | H. | F. | H. | F. | |
| Devant rester au lit le jour. . . . . . . . . . . | » | 4 | » | » | 4 | 9 | 17 |
| Ne devant sortir que pour le travail . . . . . | 4 | » | » | » | 15 | » | 19 |
| Pouvant sortir sur parole hors des jardins. . . . | 12 | » | 7 | 1 | » | » | 20 |
| Pouvant sortir sur parole dans les jardins. . . . | 23 | 7 | » | 2 | 8 | 2 | 42 |
| TOTAL des malades sortant sur parole. . . . . | 35 | 7 | 7 | 3 | 8 | 2 | 62 |

Dans ces conditions, les malades ont l'illusion d'une pension de famille des plus confortables. L'apaisement et la convalescence en sont favorisés, et on nous en a

montré plusieurs, venant d'autres établissements où ils avaient d'abord été déclarés incurables, maintenant en voie de guérison, grâce aux soins curatifs individuels et à l'amélioration du milieu où ils se trouvaient.

Nous avons dit que le système des cottages était très développé à Dumfries. Les six principaux d'entre eux sont les villas : 1. Maryfield; 2. Hannafield; 3. Midpark; 4. Spitafield; 5. Roshall-house; 6. Kinmount.

Maryfield est pour les pensionnaires de la seconde section; il est toujours occupé par 12 ou 14 dames payant une pension moyenne.

Hannafield contient de 10 à 12 gentlemen calmes ou convalescents; ils y jouissent de tous les avantages et de toute la liberté d'une maison privée.

A Midpark, il y a un nombre égal de pensionnaires femmes de 1re classe payant le prix le plus élevé.

A Spitafield, sont 12 femmes de moyenne catégorie.

A Roshall-house, 36 travailleurs de ferme.

Enfin Kinmount est une véritable maison de campagne pour les malades de première classe, qu'on y envoie en aussi grand nombre que possible, pour un séjour variant d'un à trois mois. Ces envois à Kinmount ont donné les meilleurs résultats pour améliorer efficacement l'état des malades. Les pensionnaires hommes et femmes qu'on y envoie s'y plaisent si bien qu'il en est qui y demeurent continuellement. Des travailleurs indigents y ont été aussi placés pour aider aux services d'écurie et de jardinage.

Parlerons-nous des évasions? L'asile ainsi compris retient mieux les malades, nous disait le docteur Bruce, que les verrous fermés, car ils ont intérêt à rester et ne songent même pas à s'évader.

La multiplicité, non seulement des quartiers de classement, mais des sections réservées à différentes classes de pensionnaires, montre la préoccupation constante de

distinguer les pensionnaires entre eux et ceux-ci des indigents.

Pour les petits pensionnaires, on s'efforce de les aider dans le prix de pension par l'attribution de secours tirés de dons particuliers ou des ressources de l'asile. La classe la plus modeste est ainsi l'objet de sacrifices consentis par l'Administration. L'encouragement au payement, quelque minime soit-il, d'un prix de pension qui les distingue de l'indigent vrai motive leur placement dans des sections différentes, où le milieu social est *plus approprié à leur situation antérieure*. C'est là une source de contribution directe, de la part du malade ou des familles, qui n'est pas à dédaigner et qui permet l'assistance d'un nombre proportionnellement plus grand d'indigents vrais. L'égalité qui règne chez nous, aux dépens de ces petits pensionnaires, loin de profiter aux indigents proprement dits, leur est préjudiciable en ce sens que des gens capables de payer une petite portion de la pension, n'y ayant aucun intérêt, rentrent comme indigents (1).

Une chapelle a été commencée, les fondations en sont terminées et elle sera bientôt achevée.

D'autres travaux importants sont entrepris pour la distribution des eaux et pour les bâtiments de la ferme.

(1) « Les parents refusent de payer pour leurs malades parce qu'il n'y a aucune différence de régime entre les payants et les non-payants. C'est pour tous la même table et le même dortoir. Je dirai même — et ceci a l'air d'un paradoxe — que dans l'état actuel plus d'un malade payant est matériellement dans une condition inférieure à celle d'un malade non-payant. Je m'explique : Sainte-Anne ne reçoit pas de malades riches ; le payement de la pension est presque toujours un très gros sacrifice pour les parents ; ce payement épuise leurs ressources et ne leur permet plus la moindre générosité, tandis que les plus pauvres qu'eux, qui ne payent pas les 100 francs de la pension mensuelle, disposent aisément, de temps à autre, d'une pièce de 5 francs, pour procurer des *douceurs* à leurs malades. Dans l'état présent des choses, non seulement il n'y a pas, pour les malades, avantage à payer, mais il y a avantage à ne pas payer. Et c'est pourquoi les familles mettent si peu d'empressement à payer. »

(Rapport médical, 1890. Dr DUBUISSON.)

Bien que la quantité d'eau ait été jusqu'ici suffisante, en prévision d'agrandissements futurs, un puits artésien a été creusé à 1300 yards S.-W. de l'asile; sa profondeur est de 450 pieds; son débit est de 90 gallons par minute. L'analyse de l'eau a été faite par le professeur Fraser, d'Édimbourg; elle a été trouvée pleinement satisfaisante. Les machines élévatoires et autres travaux accessoires sont menés aussi rapidement que possible.

Les bâtiments de la ferme ont la forme d'un carré, avec étables sur les côtés, bientôt prêtes à être occupées.

La bibliothèque médicale, fondée depuis environ quatre ans, a maintenant quatre cents volumes. La bibliothèque ordinaire a été accrue chaque année et forme maintenant un complément respectable aux ressources littéraires dont disposent les malades.

Pour en finir avec les conditions matérielles de l'asile de Crichton, nous nous contenterons de signaler sommairement le triple service d'éclairage, de chauffage et de vidange.

Le premier, actuellement au gaz confectionné par l'asile, doit être, nous a-t-on dit, incessamment remplacé par l'électricité, dont on fait d'ailleurs grand usage, comme le montrent les bureaux téléphoniques et télégraphiques reliant l'asile à la ville.

Le chauffage est assuré par de nombreuses cheminées, très spacieuses, sans garnitures métalliques spéciales, identiques à celles des maisons particulières, où l'on brûle du bois et du charbon.

Le tout à l'égout est appliqué à l'asile comme en ville. Les deux systèmes, d'ailleurs, ne font qu'un.

Les cellules, à proprement parler, n'existent pas, à part quelques chambres capitonnées; mais en revanche, au lieu de dortoirs considérables, on semble préférer de

petites chambres à plusieurs lits (de six à douze), et nous croyons aussi ce système préférable, à la condition que chacune de ces petites sections ait sa surveillance nocturne assurée, comme à Dumfries, par une gardienne particulière.

Nous retrouvons dans cette multiplicité des dortoirs de classement la même préoccupation de ne pas confondre les malades de classes variées. Bien entendu, les pensionnaires de hautes classes ont chacun leur chambre particulière, parfois même des appartements; mais ceux qui nous intéressent le plus, et ceux auxquels l'Institution cherche le plus à être utile, sont les pensionnaires de la classe la plus modeste. Dans cette dernière année, on a continué, comme pendant les précédentes, à étendre l'assistance à ces pensionnaires de prix minimes; 14 de plus ont pu être admis (7 ont guéri et 2 sont morts). Le nombre total en est actuellement de 45. La moyenne de la part contributive, parfaite par des donateurs en faveur de chacun de ces malades, est de 19 livres 6 shillings et 2 d. Ainsi le placement est en rapport avec leur position sociale ainsi qu'avec leur état mental, et seuls les médecins de la maison connaissent leur situation. Parmi eux sont trois survivants sur les dix fondations primitives instituées par Mme Crichton; ils ont respectivement 51, 80 et 85 ans.

Nous avons pu voir, dans la salle de garde des assistants, la lettre autographe, encadrée et respectueusement conservée, où la fondatrice de l'Institution lègue 3 millions pour sa création.

Il nous reste peu de chose à ajouter à cette courte description de l'asile de Crichton; mais, pour laisser aux chiffres leur éloquence, nous nous contenterons de donner, en finissant, le tableau des travailleurs pensionnaires ou indigents, au jour de notre visite.

DÉTAIL DES OCCUPATIONS DES ALIÉNÉS INDIGENTS

| | H. | F. |
|---|---|---|
| Employés seulement pour la propreté du service intérieur | 12 | 36 |
| Travailleurs aux jardins et aux champs | 143 | » |
| Garçons de ferme | 2 | » |
| Garde-magasin | 1 | » |
| Commissionnaire | 1 | » |
| Cordonniers | 3 | » |
| Peintres | 2 | » |
| Menuisiers | 2 | » |
| Plombier | 1 | » |
| Maçons | 3 | » |
| Cuisine | » | 10 |
| Buanderie | » | 28 |
| Auxiliaire dans les quartiers | » | 1 |
| Couture | » | 39 |
| Tricot | » | 16 |
| Aides-maçons | 6 | » |
| TOTAUX | 176 | 130 |

# DAILY REGISTER

*Return for the 26th day of August 1891*

| | PRIVATE PATIENTS M. | PRIVATE PATIENTS F. | VOLUNTARY INMATES M. | VOLUNTARY INMATES F. | PAUPER PATIENTS M. | PAUPER PATIENTS F. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Number resident at completion of previous return | 155 | 170 | 11 | 8 | 266 | 258 | 868 |
| Admitted | » | » | » | » | » | 2 | 2 |
| Brought back after absence on probation | » | » | » | » | » | » | » |
| d° d° on prolonged pass | » | » | » | » | » | » | » |
| d° d° by escape | » | » | » | » | » | » | » |
| TOTAL | 155 | 170 | 11 | 8 | 266 | 260 | 870 |
| Discharged | » | » | » | » | 2 | » | 2 |
| Died | » | » | » | » | » | » | » |
| Left on probation | » | » | » | » | » | » | » |
| Left on pass (not including passes for the day) | » | » | » | » | » | » | » |
| Escaped | » | » | » | » | » | » | » |
| TOTAL | » | » | » | » | 2 | » | 2 |
| Number remaining resident | 155 | 170 | 11 | 8 | 264 | 260 | 868 |
| Alone in locked room at any time from 10 a.m. till 6 p.m | » | » | » | » | » | » | » |
| In mechanical restraint | » | » | » | » | » | » | » |
| Wearing special kind of dress | » | » | » | » | » | » | » |
| Confined to bed for the day | » | 4 | » | » | 4 | 9 | 17 |
| Not out of doors except in passing to workshops, laundry, etc. | 4 | » | » | » | 15 | » | » |
| Number on parole beyond the grounds | 12 | » | 7 | 1 | » | » | 20 |
| Number on parole restricted to the grounds | 23 | 7 | » | 2 | 8 | 2 | 42 |
| Total on parole | 35 | 7 | 7 | 3 | 8 | 2 | 62 |
| Number whose beds were wet during the night | » | » | » | » | » | 3 | 3 |
| Total industrially employed | 61 | 66 | » | 6 | 176 | 130 | 439 |
| Refusing to work | 2 | » | » | » | » | » | 2 |
| Not industrially employed because of mental feebleness, depression, or excitement | » | 34 | » | » | » | 63 | 97 |
| Unable to work on account of physical weakness or infirmity | 8 | 38 | » | » | 88 | 67 | 201 |

## DETAILS OF THE OCCUPATIONS OF *PAUPER* PATIENTS.

| | M. | F. |
|---|---|---|
| Employed *only* at cleaning and other household work in the wards | 12 | 36 |
| As garden or field labourers | 143 | » |
| As farm servants | 2 | » |
| As clerks | » | » |
| As storekeepers | 1 | » |
| As messengers | 1 | » |
| As stokers | » | » |
| As bakers | » | » |

| | M. | F. |
|---|---|---|
| As tailors | » | » |
| As shoemakers | 3 | » |
| As upholsterers | » | » |
| As painters | 2 | » |
| As joiners | 2 | » |
| As plumbers | 1 | » |
| As masons | 3 | » |
| In kitchen | » | 10 |
| In laundry | » | 28 |

| | M. | F. |
|---|---|---|
| In officer's quart. | » | 1 |
| At needlework | » | 39 |
| At knitting | » | 16 |
| Mason's labour | 6 | » |
| | 176 | 130 |
| | 266 | 260 |
| Privates 133 / 344 | T | |
| | 306 | |
| | 526 | |

## SUPPLEMENTARY RECORD and DIARY OF OCCURRENCES

*Admitted* SARAH Mc D. (Govan).
— MARY Mc F. (Govan).

*Discharged* 6246 JAMES F. (Govan).
— 5960 CHARLES Z. ( do ).

Au moment où nous avons visité l'asile, la population des aliénés indigents se répartissait comme suit :

| | |
|---|---|
| Hommes . . . . . . . . . . . . . . . . . | 266 |
| Femmes. . . . . . . . . . . . . . . . . . | 260 |
| TOTAL. . . . . | 526 |

Sur ces 526 aliénés indigents, 306 prenaient part au travail. Par sexe, ils se répartissaient ainsi :

| | |
|---|---|
| Hommes . . . . . . . . . . . . . . . . . | 176 |
| Femmes. . . . . . . . . . . . . . . . . . | 130 |
| TOTAL. . . . . | 306 |

D'après ce relevé, nous établissons que, pour les hommes, la proportion des aliénés travailleurs s'exprime ainsi : 266 : 176 : : 100 : *x*, ce qui donne une proportion de 66,16 pour 100 de travailleurs.

Et pour les femmes : 260 : 130 : : 100 : *x*, soit 50 pour 100 de travailleuses.

Les aliénés pensionnaires (hommes et femmes), à la même date, étaient au nombre de 344, sur lesquels 133 prenaient part au travail.

La proportion des travailleurs, parmi les aliénés de cette catégorie, se trouve donc être celle-ci : 344 : 133 : : 100 : *x*, soit 38,66 pour 100 de travailleurs des deux sexes, au total 439 sur 876, soit 50,1 pour 100 travailleurs à Dumfries.

---

# CHAPITRE III

## Gartnavel Royal Asylum (Glascow)

Dr YELLOWLEES, superintendent.

L'Écosse, avons-nous dit, est singulièrement favorisée en ce qui concerne l'organisation des soins et du traitement de l'aliénation. Les malades indigents qui réclament les secours de l'asile sont tous assistés dans des asiles publics, où aucun profit ne peut être tiré de leur maintenue. 90 pour 100 des placements payants se font dans des asiles royaux, où aucun intérêt de propriétaire n'est en jeu et où l'Administration n'est obsédée par aucun souci de dividende.

Ces asiles royaux sont au nombre de cinq, disséminés dans tout le pays : Aberdeen, Dundee, Montrose, Édimbourg, Glascow.

Ce sont tous des institutions publiques en ce sens qu'ils font partie du domaine national, que les directeurs en sont appointés et qu'aucun profit individuel ne peut être tiré de leurs revenus.

Ils sont privés en ce sens que les malades y sont soustraits à la curiosité publique et en ce qu'ils ne relèvent ni des fonds publics, ni de l'État, mais seulement d'un budget spécial d'assistance.

Historiquement, ils durent, à leur fondation, s'appuyer largement sur la bienfaisance privée ; mais ils n'ont plus besoin de cet appui et peuvent maintenant vivre d'eux-mêmes. Ils correspondent, jusqu'à un cer-

tain point, au « Lunatic Hospital » anglais, mais ils font plus pour les petites classes moyennes, car ils visent surtout l'assistance des masses plutôt que d'être les luxueuses retraites d'un petit nombre.

Le « Glascow Royal Asylum » peut être pris comme le type de ces institutions écossaises. Son histoire ressemble plus ou moins à celle de tous les autres ; elle montre que sa création fut due à la philanthropie d'un homme, Robert M'Nair de Belvidère, qui fut longtemps receveur des douanes de Sa Majesté, à Leith.

Ayant été directeur de la maison des pauvres de la ville, il fut touché de la situation misérable des aliénés qui, au commencement du siècle, quelle que fût leur position sociale, étaient enfermés dans des cellules de l'hospice des pauvres, aux bords de la Clyde.

Comme l'amélioration de ces cellules était impossible, il songea à leur procurer ailleurs des soins et un traitement meilleurs. Après plusieurs années de sollicitations personnelles, il réunit 7000 livres ; la première pierre fut posée en 1810. En 1814, dix ans après que M'Nair eut commencé son œuvre, l'institution Gartnavel fut officiellement inaugurée par le prévôt de la ville et ses magistrats. La direction fut confiée (elle l'est encore) à quatorze représentants des grands corps de la Cité, à huit des principaux souscripteurs et aux médecins de l'asile. L'institution en fut, dix ans après, définitivement confirmée par charte royale. Longtemps elle fut considérée comme un modèle d'asile et jouit de la plus grande réputation. Avec le temps, elle devint insuffisante. Les remaniements et les agrandissements successifs, joints à l'extension de la ville alentour, en altérèrent le caractère primitif.

En 1841, d'importantes modifications furent jugées urgentes ; un nouvel emplacement, à 3 milles du centre de la ville, fut choisi ; les locaux primitifs passèrent à

la direction hospitalière et l'asile fut ouvert, en 1843, dans sa situation actuelle, à Gartnavel, dans les faubourgs, à l'ouest de Glascow.

La construction est du style gothique Tudor : elle occupe une position dominante, au centre du parc qui, avec les jardins, occupe une superficie de 66 acres. Il y a deux constructions distinctes : pour les pensionnaires de classes élevées et pour les indigents; aux autres se rattachent celles des services généraux pour l'administration. Les plans sont dus à Charles Wilson; ils furent exécutés sous la direction du docteur Hutchison, avec qui l'architecte avait, au préalable, visité toutes les principales institutions analogues d'Angleterre et de France, conformément au désir des administrateurs.

Les constructions sont plus centralisées que de nos jours, mais elles étaient fort en avance pour l'époque à laquelle elles furent élevées, il y a environ cinquante ans. Actuellement encore, elles peuvent soutenir la comparaison avec bien des asiles modernes.

Cinq cents malades y sont hospitalisés, indigents et pensionnaires jusqu'à 400 livres par an et plus.

L'histoire d'un asile datant de 1814 est intéressante à plus d'un point de vue.

C'est ainsi qu'on retrouve, dans les anciens règlements, dès 1814, la défense absolue faite aux gardiens de frapper ou injurier les malades, ou de les soumettre à l'isolement, aux privations, aux punitions quelconques, sans l'ordre exprès du médecin. Tromper, effrayer ou irriter le malade est également défendu.

« Aucun gardien ne doit avoir de préférence ou de rancune; il doit considérer les malades comme entièrement incapables de se maîtriser, et ne faire aucune attention à leurs sarcasmes ou à leur turbulence; la même tendresse doit être témoignée aux plus violents comme aux plus dociles. Un registre doit être tenu

par le superintendent en ce qui concerne le plus ou moins d'influence du temps sur le paroxysme maniaque. »

Le médecin doit prendre régulièrement note du traitement et de l'évolution de chaque cas.

« Tous devront être encouragés à s'appliquer à des occupations utiles ou à d'innocents amusements; enfin, et surtout, ils devront prendre un exercice régulier dans les galeries et, toutes les fois que le temps le permettra, au grand air. »

En 1815, le rapport signale de fortes dépenses, mais il les justifie en disant qu'elles procèdent du principe qui veut que tout soit sacrifié au confort et aux soins des malades.

« S'il est vrai que l'on puisse faire l'économie de quelques gardiens, en admettant le système d'enfermer les malades ensemble pendant des heures, ou de les attacher quand un surveillant est obligé de s'absenter, au lieu d'être un établissement d'assistance aussi confortable que possible, l'asile deviendrait alors une geôle, les malades deviendraient méchants et vindicatifs et les chances de guérison se réduiraient à néant. »

La médecine est insuffisante quand elle n'est pas aidée d'un régime capable de rendre aux patients leur manière d'être normale et d'apaiser leurs passions troublées.

Des divertissements, un exercice et un travail fructueux ramènent le calme et le contentement de soi-même. Des ateliers de fileuses, tricoteuses et couturières, des métiers de tisserands ont été ainsi créés. Chaque patient est récompensé de son travail par une part de l'argent gagné, qui est placée à la caisse d'épargne, en son nom.

D'autres malades écrivent des poésies, travaillent les mathématiques, ou font des lectures publiques très

suivies par leurs camarades. Le public est invité à envoyer des livres, des journaux pour l'asile, ainsi que des jeux de dames et de trictrac, en un mot tout ce qui peut servir à occuper l'attention et détourner l'esprit des conceptions délirantes.

Le règlement de l'asile est distribué dans tout le pays aux pasteurs, médecins et magistrats, qui sont ainsi mis au courant des conditions de placement.

Quand les malades sortent, les indications concernant le traitement sont envoyées aux parents.

Les rapports signalent déjà les difficultés qu'on a à trouver et à conserver de bons gardiens.

En 1816, le rapport parle du plaisir procuré aux malades par un concert organisé par eux. Le papier à lettres est libéralement distribué à tous ceux qui en désirent; on passe par-dessus les inconvénients possibles dus à l'envoi intempestif de telles lettres, parce que l'asile, à aucun prix, ne doit évoquer l'idée de prison.

On énumère les occupations variées des malades. Tout est fait pour encourager leur travail, car c'est le meilleur moyen de traitement et de prophylaxie pour les rechutes.

On insiste sur l'importance du traitement commencé de bonne heure et la nécessité impérieuse d'obvier à l'encombrement de l'asile par l'accumulation des incurables.

En 1817, on parle de malades autorisés à aller visiter des personnes amies en ville, à aller à l'église et à y emmener d'autres malades avec eux.

D'anciens malades rentrent volontairement à l'asile à l'approche d'une rechute. On combat aussi les idées erronées relatives à la valeur de certaines drogues.

On recommande d'éviter la violence en employant un nombre suffisant d'aides pour que la résistance soit inutile. On conseille de laisser la nourriture, refusée

par certains malades, près d'eux, afin qu'ils puissent en prendre une fois seuls. Une salle de billard et un jeu de boules sont ajoutés à la liste des amusements.

La difficulté que l'on a à obtenir des renseignements suffisants sur les malades arrivant à l'asile est l'objet de soucis sérieux.

En 1819, un service divin, avec sermon, est organisé dans l'asile.

En 1820, on vante encore les avantages du travail au dehors, et la plupart des patients sont occupés à différents métiers. Le jardinage est recommandé aux autres, particulièrement aux pensionnaires.

Des cottages ou appartements séparés sont réservés à certains d'entre eux; là, ils peuvent se livrer à toutes les distractions possibles à un homme libre et compatibles avec le traitement que nécessite leur état.

Ainsi, dans les origines de l'Institution, nous trouvons formulées en maintes circonstances, et clairement exposées dans leurs lignes essentielles, les principes fondamentaux du traitement moderne de l'aliénation.

C'est à Cleghorn, médecin de l'asile à cette époque, qu'en revient l'honneur. Il est vraiment touchant de retrouver cette philanthropie éclairée et cette sagesse pratique chez les organisateurs primitifs dont les vues, fort en avance sur l'époque, doivent donner à réfléchir aux esprits avides de notoriété, qui proclament à tout propos de soi-disant découvertes qui ne sont que d'anciennes vérités démarquées.

— En 1826, le docteur Balmano, médecin distingué, successeur de Cleghorn, écrit que le traitement est conduit comme autrefois. On s'attache actuellement à deux points :

1° Laisser la liberté individuelle la plus grande possible;

2° Organiser le travail de chaque malade.

« Nous sommes partisan de l'opinion de ceux qui considèrent l'aliénation comme ayant un certain cycle à parcourir, comme la fièvre. Aussi, pour la majorité de nos malades entrant dans la phase ascendante de leur accès, le principal but de notre traitement consiste à surveiller l'évolution en en modérant les paroxysmes, pour avancer la guérison. Le meilleur moyen d'atteindre ce but consiste dans les occupations et les exercices physiques qui peuvent distraire l'attention et occuper l'activité de l'organisme. »

De nos jours, après maintes transformations, toutes opérées dans le même sens, celui du bien-être des malades, l'Administration, libérée de tout souci budgétaire, consacre ses bénéfices à l'amélioration des classes les moins fortunées, dont les prix de pension sont abaissés le plus possible.

La dette, qui était montée jusqu'à 45 000 livres, lors de la construction des nouveaux bâtiments, a été complètement éteinte en 1879. Depuis, a été constitué un fonds de réserve de 28 000 livres disponible pour les dépenses extraordinaires et pour les pensionnaires.

Les locaux actuels peuvent contenir 500 malades (300 pensionnaires et 200 indigents). Ils offrent un champ précieux pour la clinique, le médecin-directeur étant aussi chargé de cours à l'Université.

De 1814 à 1890, 15219 malades ont été reçus en traitement; sur ce nombre 43,8 pour 100 sont sortis guéris.

Dans ces dernières années, la moyenne des guérisons, par rapport aux admissions, a dépassé 45 pour 100. La moyenne des décès a été de 4 à 5 pour 100.

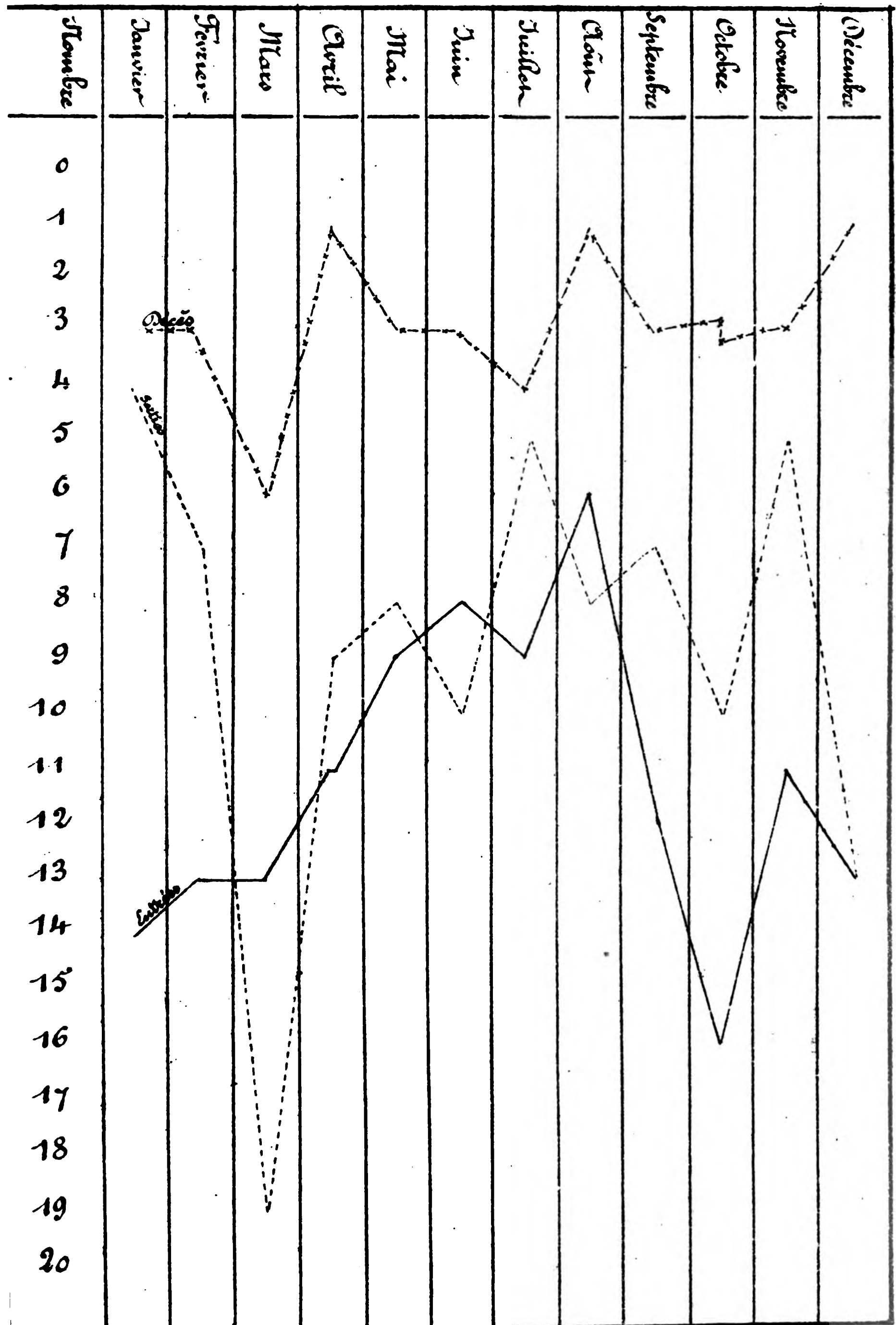
| | H. | F. | Total | H. | F. | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Admissions en 76 années. . . . . . . | | | | 8.286 | 6.933 | 15.219 |
| Guéris. . . . . | 3.541 | 3.104 | 6.645 | | | |
| Améliorés. . . | 2.830 | 2.420 | 5.250 | | | |
| Non améliorés | 82 | 51 | 133 | | | |
| Morts . . . . . | 1.568 | 1.147 | 2.715 | | | |
| Sorties et décès. . . . . . . . . . | | | | 8.021 | 6.722 | 14.743 |
| Restants au 31 décembre 1890 . . . . | | | | 265 | 211 | 476 |

Il nous reste à ajouter que, bien que nous ayons affaire à un asile d'aigus, le nombre des travailleurs est considérable, car 206 malades sur 355 sont journellement occupés aux ateliers ou aux jardins.

Cela donne une proportion respectable de 58 pour 100 de travailleurs, soit plus de la moitié.

Si maintenant nous considérons le nombre des gardiens par rapport à celui des malades, nous trouvons 120 surveillants pour 476 aliénés, soit 25 pour 100.

En y ajoutant les chefs d'ateliers logés au dehors, mais qui dirigent le travail des malades pendant le jour, nous avons 137 sur 476, soit 28 pour 100, c'est-à-dire plus du quart.




Gartnavel R. Asylum – Mouvement 1890.

# CHAPITRE IV

## Morningside Royal Asylum (Édimbourg)

Dr Clouston, superintendent.

Quand on sort d'Édimbourg, après avoir franchi les pittoresques faubourgs de la vieille ville, avec ses constructions rappelant le vieux style flamand et ses masures historiques (John Knox's house, etc.), on gravit les hauteurs de Morningside laissant à gauche le « Castle » et les superbes édifices de la ville neuve et de Princess street. C'est dans cette zone des cottages et des parcs, caractéristique des environs d'une grande cité anglaise, que l'on découvre les constructions et les jardins de Morningside Asylum (Est et Ouest), que nous allons étudier.

Historique. — Un des premiers médecins qui s'occupèrent d'améliorer le sort des aliénés en Écosse fut Duncan, du Collège des médecins d'Édimbourg (1792). Avec l'aide de ses confrères, une souscription fut ouverte, qui permit de commencer un asile que l'État subventionna en 1806 (50 000 francs) et dota d'une charte royale l'année suivante.

La retraite d'York avait été le modèle poursuivi et l'hôpital de Morningside, grâce à des améliorations continues, reste depuis cette époque au premier rang des établissements du genre et l'un des plus intéressants et instructifs à visiter.

Dès l'origine, en même temps qu'au traitement des aliénés, l'Institution servit pour l'enseignement clas-

sique des étudiants. Actuellement encore, le docteur Clouston est en même temps professeur à l'Université d'Édimbourg.

MOUVEMENT DE LA POPULATION EN 1890

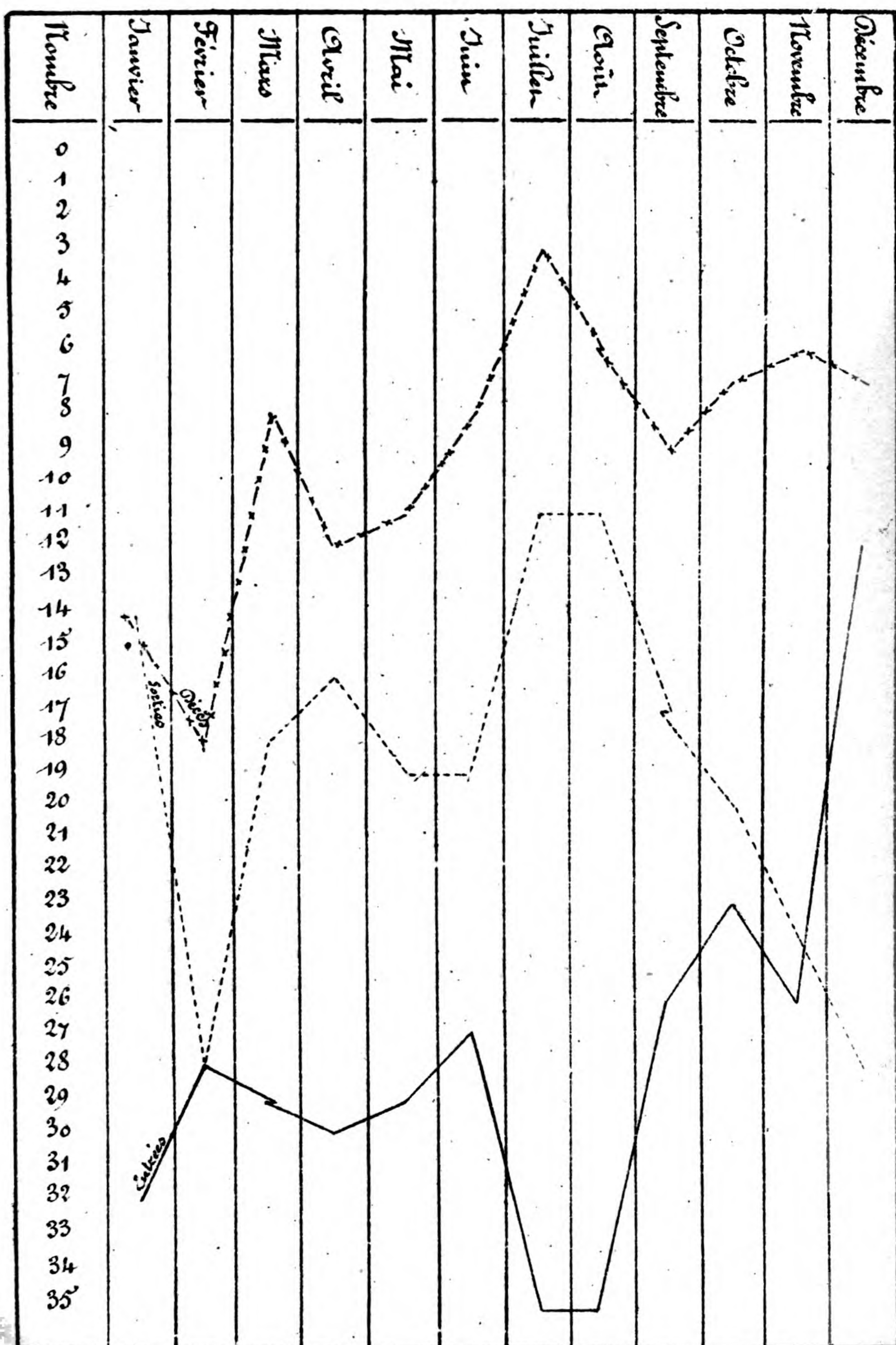
| | | Hommes. | Femmes. |
|---|---|---|---|
| Population au début de l'année. | 824 | | |
| — à la fin de l'année. . | 811 | | |
| — moyenne. . . . . . . | 820 | 401 | 419 |
| — traitée . . . . . . . . | 1.156 | | |
| Admissions. . . . . . . . . . . . | 332 | 155 | 177 |
| Sorties . . . . . . . . . . . . . . | 226 | 106 | 110 |
| Décès. . . . . . . . . . . . . . . | 109 | 64 | 45 |

La moyenne des admissions est sensiblement la même que celle des cinq années précédentes. Le nombre des pensionnaires admis a été de 77, soit 10 de moins que la moyenne des dernières années. On a dû refuser un grand nombre de malades de toutes classes, particulièrement des classes riches, par manque de chambres.

Il n'y a pas de doute, dit le rapport annuel, que la nouvelle de cet encombrement, répandue dans le public médical, le fasse s'adresser ailleurs, souvent pour gagner du temps dans les cas urgents.

En 1876, quand on a ouvert les nouveaux bâtiments du côté Est, la place étant illimitée, le nombre des admissions est monté à 125, près du double de l'année précédente, pendant laquelle il y avait déjà eu encombrement. Il est certain que, pour répondre aux exigences actuelles de la ville et des environs, il faudrait que l'on puisse, au moins, admettre 100 malades tous les ans. Ces refus d'admission sont particulièrement regrettables lorsqu'ils portent sur la classe des pensionnaires les plus modestes.

Le nombre des aliénés indigents a été de 255, soit




Morningside R. Asylum – Mouvement 1890.

7 de plus que l'année précédente. Il est à noter, contrairement à l'opinion courante, pour le district, que l'accroissement annuel du nombre des malades pauvres a été à peine appréciable dans ces quinze dernières années.

| ANNÉES | POPULATION MOYENNE |
|---|---|
| 1876 à 1880 | 245 |
| 1881 à 1885 | 243 |
| 1886 à 1890 | 253 |

En fait, cette progression n'est pas en rapport avec l'augmentation de la population ; on dirait que les habitants d'Édimbourg sont devenus moins sujets à l'aliénation qu'il y a quinze ans. En effet l'accroissement de la population depuis cette époque est de 30 pour 100, tandis que celui du nombre des aliénés n'a été que de 3,7 pour 100. Ces proportions n'ont trait qu'au nombre d'entrants de chaque année ; car, si nous considérons la population totale de l'asile, des quartiers d'hospice et des placements dans les familles, nous trouvons 862 en janvier 1891 et 585 en janvier 1875, soit une différence de 47,4 pour 100 sur la masse totale. Ce n'est donc pas qu'il y ait une augmentation réelle des entrées, mais seulement *l'accumulation des incurables*, *qui continuent à vivre dans les asiles*, *malgré leur incurabilité*.

Si l'on examine les entrées, on remarque que les conditions générales des malades, à l'entrée, sont maintenant moins bonnes qu'autrefois. 50 sont arrivés avec la mention : « Mauvaise santé générale. État grave. » La moyenne de ces cas-là était d'ordinaire de 38 au plus

par an. De même, le nombre de ceux qui entrent dans de bonnes conditions physiques va aussi en diminuant ; il n'y en a eu que 72 au lieu de 99 et 109 dans les cinq années précédentes. De plus, la proportion ordinaire des psychoses dépressives, par rapport aux excitations maniaques, se trouve aussi renversée. Ces dernières l'emportaient d'ordinaire de 37 pour 100 ; or nous avons maintenant 140 cas de mélancolie pour 130 de manie.

Ce n'est pas que les états dépressifs ne l'emportent le plus souvent; mais néanmoins, à l'asile, il en est autrement, les maniaques étant plus difficiles à maintenir dans la société et nécessitant généralement un placement immédiat (souvent même d'office). Les mélancoliques, eux, ont un état plus compatible avec l'existence ordinaire, au moins dans leur domicile où ils sont généralement maintenus jusqu'à ce que l'état s'aggrave manifestement ou qu'il y ait tendance au suicide. Il s'ensuit que la proportion relative de l'une à l'autre de ces affections se trouve renversée d'ordinaire selon qu'on la considère dans l'asile ou au dehors. A Édimbourg la proportion pour l'asile tend à s'identifier avec celle de la ville.

Cette observation pourrait être interprétée en faveur, non de l'accroissement réel des aliénés dans la société, mais bien d'une plus grande facilité dans les placements.

Le docteur Clouston attribue le fait, en ce qui concerne l'année 1890 du moins, à l'épidémie d'influenza dont les manifestations s'accompagneraient le plus souvent d'états mentaux dépressifs.

Nous croyons que l'influenza a dû jouer un rôle assez minime, et qu'au point de vue de l'encombrement de l'asile une statistique comme celle de M. le docteur Clouston, relative aux proportions respectives de la

manie et de la mélancolie, devrait être faite dans nos asiles. L'augmentation du nombre des déprimés à l'asile nous semble bien indiquer une augmentation du nombre total des placements, sinon une augmentation réelle du nombre des aliénés. Cela, joint aux placements tardifs dont se plaint l'auteur du rapport et aux conditions plus défectueuses des entrées, aboutit, nous le voyons, à l'encombrement de l'asile par les chroniques incurables.

Voilà une nouvelle condamnation du sursis au placement, qui manque toujours totalement son but au point de vue économique, puisque le malade non interné à temps devra l'être plus tard et pour un temps plus long, pour toujours peut-être. De là, perte définitive d'un travailleur libre, transformé en une charge lourde pour la société.

Il suffit, pour s'en convaincre, de remarquer que :

1° Les sorties par guérison correspondent constamment aux entrées rapprochées du début de l'affection;

2° Au contraire, le passage à l'état chronique frappe particulièrement les individus qui ont été longtemps malades au dehors, avant d'entrer;

3° Enfin les rechutes correspondent toujours aux sorties prématurées exigées par l'Administration ou les familles et aux traitements écourtés.

NOMBRE DES GUÉRISONS A MESURE QUE L'ON S'ÉLOIGNE DU DÉBUT DE L'AFFECTION (1890).

| | H. | F. | T. |
|---|---|---|---|
| Guéris dans les trois mois. . . . . . | 25 | 34 | 59 |
| — dans l'année. . . . . . . . . . | 22 | 34 | 56 |
| — après plus d'un an, dont 4 après plus de trois ans. . . . . . | 4 | 7 | 11 |
| Totaux. . . . . . | 51 | 75 | 126 |

Annexes en construction. — Les bâtiments de New Craig House ont continué à progresser rapidement durant l'année; les salles de réfectoire et de cuisine, du côté Nord et au centre, ont été couvertes. La toiture d'une partie des sections de femmes est sur le point d'être achevée. La villa Sud-Est, l'un des six cottages détachés, est à peu près achevée et sera probablement occupée au printemps. Ce pavillon pittoresque et commode est susceptible de contenir 12 à 15 patients; il domine, en hauteur, tous les autres bâtiments. Les chambres y sont exposées au midi avec vue sur les collines de Pentland et une partie d'Édimbourg, avec la mer et les environs. Ce pavillon a une salle de repas et des cuisines particulières; une *matrone* (1) y résidera continuellement avec les malades. Ce n'est cependant pas trop loin pour que les pensionnaires ne puissent venir à Old Craig House, pour voir leurs camarades et s'amuser avec eux. Les pierres roses de la construction, agrémentées de briques peintes polychromes, font, avec le toit de briques vernies, un contraste de couleurs, dans le feuillage, du plus heureux effet.

L'inauguration solennelle des bâtiments a eu lieu le 16 juillet 1890. Outre les notabilités d'Édimbourg, la majorité des superintendents d'asiles d'Écosse l'ont honorée de leur présence.

Nous extrayons du rapport des inspecteurs les lignes qui suivent, relatives à l'asile d'Édimbourg :

La résolution des directeurs de Royal Edinburgh Asylum d'élever un asile annexe sur leur fonds de Craig House a été approuvée comme devant assurer et accroître encore la prospérité financière de l'asile, tout en conservant le caractère d'établissement d'assistance, dans son sens le plus élevé.

(1) Surveillante en chef.

Cette prospérité croissante doit placer l'Institution au rang de celles d'intérêt public au premier chef; elle permettra d'étendre encore le champ de son action charitable, en particulier aux petits pensionnaires dont la situation ne permet de payer qu'une somme très minime.

A défaut de telles facilités offertes à ces malades, ils pourraient exiger le traitement des indigents, augmentant ainsi les charges des contribuables et se plaçant dans des conditions défavorables de milieu et de guérison.

Par le tableau cité précédemment on a pu voir que le nombre des guérisons était pour l'année 1890 de 126 sur 332 (admissions 1890), soit 37,9 pour 100.

Enfin le nombre des travailleurs est également considérable, si l'on remarque que, outre les ateliers proprement dits, l'asile n'exploite pas moins de 125 acres de terrain en culture maraîchère.

---

# CHAPITRE V

## Stirling Royal Asylum (Larbert)

Dr Mac Pherson, superintendent.

---

### STIRLING DISTRICT ASYLUM LARBERT

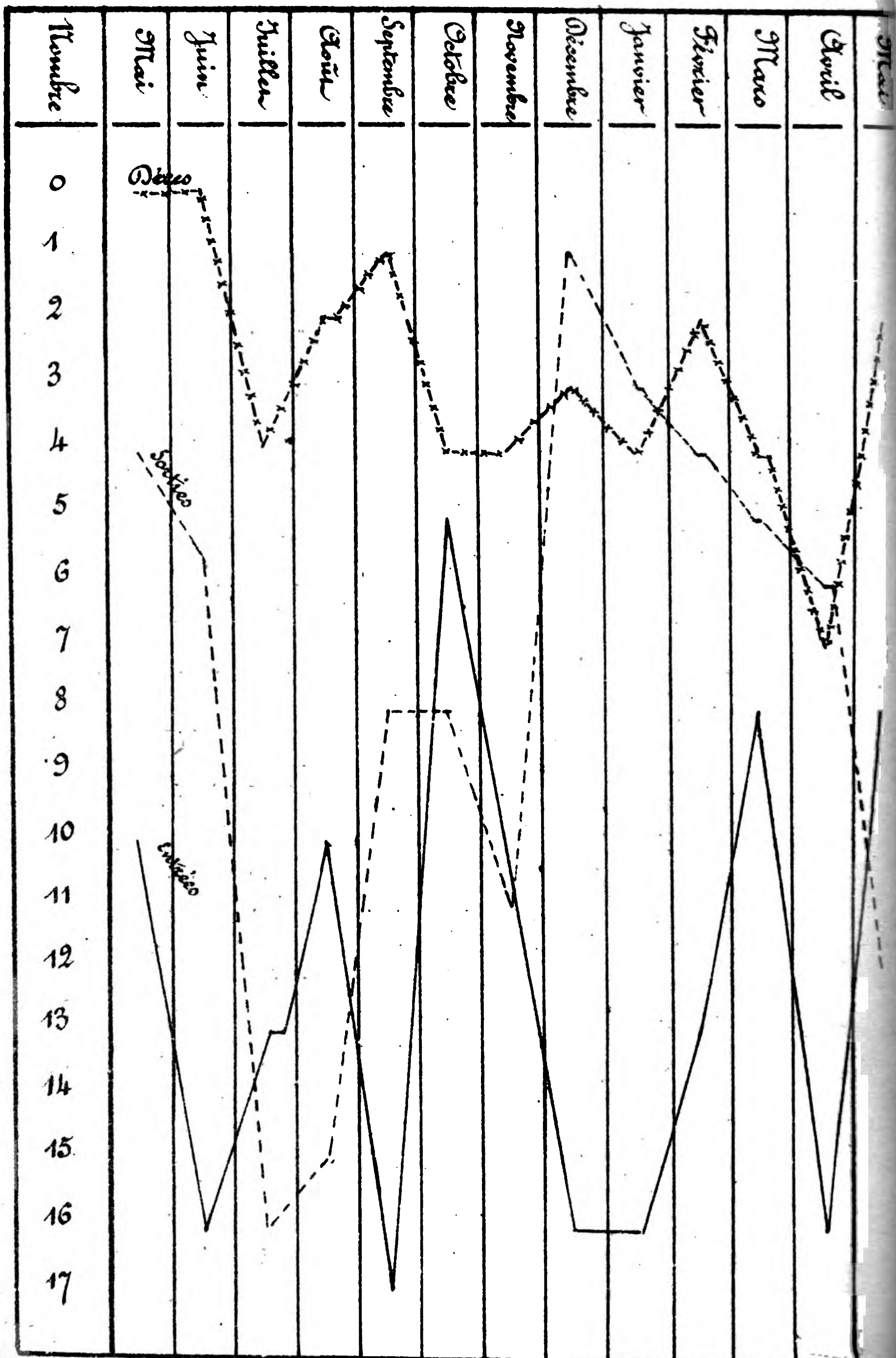
#### MOUVEMENT DE LA POPULATION EN 1890

| | | Hommes. | Femmes. |
|---|---|---|---|
| Au début de l'année | 415 | 213 | 202 |
| Admissions | 159 | 76 | 83 |
| Total des malades traités | 574 | 289 | 285 |
| Guéris 65, Améliorés 35 (100); Décédés 37 | 137 | 70 | 67 |
| Reste a la fin de l'année | 437 | 219 | 218 |
| Autopsies 36 | | | |

Ce mouvement, comparé à celui des années précédentes, montre une certaine diminution d'activité. Moins d'admissions, moins de sorties et moins de décès.

En ce qui concerne les premières (admissions), il ne serait pas juste d'en tirer des conclusions concernant la production des aliénés dans le district proportionnellement aux entrées annuelles.

La moyenne annuelle, qui avait monté, durant les cinq premières années de l'existence de l'asile, de 110 à 167 pour les cinq dernières, a subi des oscillations très considérables. Les accroissements comme les diminutions ne sont pas, croyons-nous, dus à un accroissement réel de la production des aliénés, mais sont




Stirling R. Asylum - Mouvement 1890-91

simplement en relation avec l'augmentation de la population ordinaire et surtout avec la tendance des autorités à fermer les yeux sur l'envoi à l'asile, par les paroisses, d'indigents sans ressources, paralysés ou alités, et dont la déchéance physique s'accompagne forcément d'un certain degré d'affaiblissement intellectuel.

Le nombre relativement grand des admissions à l'asile s'explique par la population considérable desservie par cet établissement, c'est-à-dire 300 000 âmes (comtés de Stirling, — Dumbarton, — Linlithgon et Clackmannan).

Pour la population totale, l'asile occupe le septième rang parmi les asiles d'Écosse, et pour les admissions annuelles le cinquième. Malgré la présence de chroniques, placés trop souvent directement, comme on vient de le voir, à Larbert, au lieu de 1/7 d'admissions par rapport à la population totale, comme cela a lieu dans les asiles de comtés anglais, le renouvellement de la population totale se fait par admissions annuelles, qui en égalent le tiers. C'est que dans l'asile encombré de chroniques les soins médicaux peuvent être judicieusement concentrés sur les cas récents et aigus, les autres ne nécessitant plus que les soins généraux d'hygiène et la prophylaxie d'affections intercurrentes.

Mais il y a lieu de faire la part du feu, pour ainsi parler, et de bien distinguer les désordres mentaux, susceptibles d'un traitement médical, des lésions organiques de la substance nerveuse, irrémédiables et hors de la portée humaine.

Deux méthodes répondent à ce but. D'abord le comté peut avoir deux asiles distincts et séparés.

L'un, le plus petit, véritable hôpital pour les cas aigus seulement, où les patients seraient traités tout à fait comme dans un hôpital ordinaire.

Une autre plus grande Institution serait l'asile pro-

prement dit, où seraient évacués de l'hôpital les cas reconnus incurables, après traitement et observation pendant un temps suffisant.

Un comité du conseil de comté de Londres, après enquête minutieuse, conclut à l'érection d'un hôpital expérimental à Londres, d'après les principes précités.

L'autre méthode consiste à dédoubler chaque asile, qui aurait ainsi son hôpital d'aigus et son hospice d'incurables.

Ce système a été, pour la première fois, essayé et appliqué à Larbert.

Depuis, trois autres asiles écossais ont suivi cet exemple.

Quand les transformations seront parfaites, l'asile sera, croyons-nous, l'un des plus perfectionnés du royaume en ce qui concerne la classification des malades. Il sera en réalité constitué par trois établissements séparés : l'un, l'hôpital pour la réception et le traitement d'environ 120 cas aigus ;

En second lieu, un corps de bâtiment pour l'installation de 150 chroniques travailleurs ;

Enfin une dernière section de 220 lits pour les chroniques infirmes, gâteux, malpropres ou turbulents.

Cette sélection rigoureuse des malades paraît celle qui convient le mieux, tant dans l'intérêt des aliénés eux-mêmes que dans celui de nos connaissances en aliénation. (S. John Mac Pherson, *Twenty-first report of the Stirling District Lunacy Board.*)

Nous terminerons ce qui a trait à l'asile de Larbert en signalant le triple service des eaux, du chauffage et des égouts.

Les eaux potables proviennent de sources amenées à l'asile sous une pression très suffisante, ainsi que nous avons pu le constater pour le service des douches et

bains, qui sont parfaitement installés, comme dans tous les autres asiles que nous avons visités.

Le chauffage est assuré par un système de tubes reliant la machine à vapeur à toutes les parties de l'asile. L'emploi de la vapeur et de l'eau chaude est d'une façon générale préférable au calorifère à air chaud qui produit une atmosphère trop sèche.

Grâce au système anglais de fenêtres à double panneau et à coulisse, l'aération est assurée sans système spécial de ventilation.

Dans un asile rural, on pourrait croire que les eaux vannes sont restituées à la terre purement et simplement: il n'en est rien; les eaux d'égout et d'écoulement des toits sont soigneusement canalisées; on y joint les liquides et la chasse provenant des cabinets d'aisances où existe le système diviseur. Les matières solides sont utilisées par l'exploitation agricole; quant aux liquides, ils sont l'objet d'une triple épuration.

Avant leur sortie de l'asile, ils traversent un premier réservoir (épurateur chimique) où ils s'imprègnent de sulfate de fer; de là, les eaux se répandent dans un dernier réservoir très vaste où elles séjournent et déposent toutes les matières organiques en suspension. Ces boues, chimiquement neutralisées, sont utilisées à la ferme; l'eau s'écoule enfin sur un lit de sable et de charbon de plusieurs pieds d'épaisseur, d'où elle sort à l'état d'eau sulfureuse limpide.

Nous avons suivi, avec le docteur Mac Pherson, toutes les phases de cette épuration, et nous avons pu constater l'absolue limpidité des eaux.

Nous connaissons tel asile urbain, en France, dont les eaux d'égout non épurées sont rejetées telles quelles à la rivière, où à quelques mètres de distance est puisée l'eau potable de la ville et de l'asile.

---

# CHAPITRE VI

## Maisons d'éducation pour les enfants idiots et imbéciles (Baldovan et Larbert)

Les commissioners du Bureau d'Édimbourg sont chargés de délivrer des licences aux établissements charitables qui ont pour objet spécial l'éducation des enfants idiots et imbéciles et que l'on désigne sous le nom de *Training schools*.

Cette œuvre nationale de l'éducation des enfants arriérés est entretenue par souscriptions volontaires.

Outre les placements gratuits, on reçoit des malades payants et des indigents dont la pension est assurée par les paroisses et des personnes charitables.

Il y a deux Institutions de ce genre: Larbert et Baldovan.

Le plus ancien de ces établissements est celui de Baldovan, près la ville de Dundee, ouvert en 1855. Il contient 52 places, en théorie, mais au commencement de 1889 il renfermait 47 élèves : 28 garçons et 19 filles; un quart environ de ces enfants sont des pensionnaires au compte des familles ; les autres sont des indigents au compte des paroisses. Pour les uns et pour les autres, le prix de la pension est le même ; pour les enfants ayant moins de 9 ans, elle est de 337 fr. 50 par an, puis elle augmente de 25 francs chaque année, pendant 5 ans ; plus tard, elle fait l'objet d'arrangements particuliers. La plupart des enfants ne sont susceptibles d'aucun développement intellectuel ; on ne peut que leur donner des soins physiques et hygié-

niques; quelques-uns, seulement, peuvent recevoir quelques traces d'éducation et d'instruction.

D'ailleurs, dans cet établissement comme dans celui que nous étudions plus loin, on s'attache à donner aux enfants qui en sont susceptibles, non pas une instruction théorique, mais surtout l'apprentissage d'une occupation simple et à leur portée, manuelle ou agricole.

Pour les autres, on se contente d'améliorer leur sort en cherchant à diminuer leur malpropreté et en les habituant, par la répétition en quelque sorte automatique et isochrone, à satisfaire spontanément leurs besoins d'une façon normale.

Une société privée, constituée sous le titre de « Institution nationale écossaise pour l'éducation des enfants imbéciles », a ouvert, en 1862, une *Training school* à Larbert, dans le comté de Stirling. L'établissement est considérable, car, d'après un document daté du 1er janvier 1878, il a coûté de première installation, à cette époque, plus de 650 000 francs, et il peut recevoir 240 enfants. Mais sa population est loin d'atteindre ce nombre, car elle était au commencement de 1889 de 178 élèves. Les trois quarts de ces élèves sont des pensionnaires placés aux frais de leurs familles ; un quart seulement sont des indigents à la charge des paroisses. Bien que l'installation soit particulièrement destinée aux enfants, on y conserve souvent des élèves de l'un et l'autre sexe alors qu'ils sont devenus des adultes.

Lorsque nous avons visité cet établissement, nous avons été frappé des mosaïques représentant toutes les figures géométriques, dans les jardins, et qui nous ont rappelé une disposition analogue dans le service de M. le docteur Bourneville, à Bicêtre. Mais, au lieu d'arbustes taillés en cônes et rectangles, ce sont des surfaces planes où les schémas sont figurés à l'aide d'une combinaison

de verdure et de pierres de différentes couleurs (fragments d'ardoises, de briques, etc.).

Au cours de la visite médicale, nous avons été également frappé du grand nombre de cas d'idiotie mongolique.

En ce qui concerne la partie pédagogique, il y a lieu de distinguer l'enseignement professionnel manuel de l'enseignement scolaire. Ce dernier nous a paru très intelligemment compris; il repose sur le développement de l'attention et de la mémoire par les sensations associées.

C'est ainsi que, pour l'alphabet, les voyelles et les diphtongues sont de couleurs différentes, les premières généralement rouges ou de couleurs claires.

Les enfants réunis scandent, en chantant, les leçons à apprendre. On multiplie les leçons de choses.

L'enseignement pratique de l'habillement de mannequins nous paraît aussi un excellent moyen d'apprendre à ces malades à se vêtir seuls.

L'enseignement professionnel est surtout l'objet de soins particuliers. Tous les enfants qui en sont susceptibles sont mis en apprentissage dans les différents ateliers de cordonniers, tailleurs, menuisiers, charpentiers, serruriers, etc. L'enseignement du travail agricole est également très développé.

Grâce à cette éducation, les malades adultes peuvent prendre rang dans la société, du moins dans les colonies familiales que nous étudierons plus loin.

Il n'est pas jusqu'aux gâteux et demi-gâteux qui, impropres à tout enseignement professionnel, ne soient susceptibles d'une amélioration considérable qui, en diminuant ou supprimant leur malpropreté, permette leur retour dans la famille où, une fois adultes et bien qu'inutiles, ils sont moins coûteux à entretenir. A ce point de vue, d'ailleurs, les sections pour l'amélioration des gâ-

teux de Bicêtre n'ont rien à envier aux services qui nous occupent. Il serait à désirer cependant que de telles Institutions se multipliassent en France, non seulement pour les idiots, mais pour les aliénés gâteux autres. Il y a déjà de nombreuses années (1850) que M. Archambault et plusieurs de ses confrères avaient signalé à l'Académie de médecine de Paris la possibilité de supprimer les quartiers de gâteux, dans les asiles, par l'éducation méthodique des malades et des infirmiers. Ces propositions s'appuyaient sur de nombreuses tentatives, couronnées de succès, faites à Charenton et dans quelques autres établissements; malheureusement ces essais sont restés jusqu'ici isolés et l'exemple n'a pas été suivi.

---

## CHAPITRE VII

### Asile-prison de Perth

Comme en Angleterre (Broadmoor) et en Irlande (Dendrum), nous trouvons à Perth un asile spécial pour les aliénés criminels.

La législation écossaise relative aux aliénés criminels se rapproche beaucoup de celle de l'Angleterre; mais, en raison de l'époque plus tardive à laquelle elle a été édictée, on a pu y introduire certaines améliorations dictées par l'expérience, en sorte qu'elle est à la fois plus complète et plus simple.

Ce sont les articles 87, 88 et 89 de la loi du 25 août 1857 qui règlent ce qui concerne cette catégorie de malades. Lorsque, dans un procès criminel, il résulte des témoignages que l'accusé pouvait être atteint de folie au moment où l'acte criminel a été accompli, le jury, s'il prononce l'acquittement, doit faire savoir, par une déclaration spéciale, que l'acquittement est motivé par l'état d'aliénation mentale de l'accusé.

La Cour ordonne alors que le malade soit strictement gardé jusqu'à ce que le bon plaisir de Sa Majesté soit connu, et la Reine peut donner l'ordre de le faire garder et soigner dans tel endroit qu'il lui convient de désigner à cet effet. On procède de la même manière à l'égard des accusés qui sont reconnus aliénés au cours de l'instruction, et qui, par suite du trouble de leur raison, ne peuvent passer en jugement.

Quant aux condamnés qui, pendant qu'ils subissent leur peine, sont reconnus aliénés, le Secrétaire d'État

pour l'Intérieur a le droit, sur le vu de deux certificats médicaux constatant la folie, d'ordonner leur transfèrement dans un asile. Cette clause est applicable, à la fois, aux convicts (condamnés à de longues peines) et aux détenus des prisons ordinaires qui n'ont à subir que de courtes peines.

L'Écosse n'a pas fait construire d'asiles proprement dits spécialement consacrés aux aliénés criminels ; mais on a disposé, à leur usage, un bâtiment à part, faisant partie de la prison générale de Perth.

Lorsque les condamnés devenus aliénés arrivent au terme de leur peine sans être guéris, ils sont le plus souvent reconduits dans l'asile ordinaire de leur circonscription comme en Angleterre ; mais, contrairement à ce qui a lieu dans ce dernier pays, la loi écossaise complémentaire de 1862 a admis que, dans certains cas, ils pourraient être *maintenus dans le quartier général de Perth, même après l'expiration de leur sentence.* Il faut pour cela que les autorités de la prison en fassent la demande appuyée de deux certificats médicaux attestant que les individus qu'ils concernent continuent à présenter des manifestations de folie telles qu'il importe, dans l'intérêt de leur propre sécurité et de celle des autres, de continuer à les garder enfermés pendant le bon plaisir de la Reine. Au vu de ces pièces, le Secrétaire d'État peut prononcer le maintien dans le quartier spécial de Perth.

Cet établissement peut donc recevoir les catégories suivantes d'aliénés criminels :

1° Ceux qui ont été mis à la disposition de la Reine parce qu'ils ont été reconnus aliénés au cours de l'instruction ou des débats ;

2° Ceux qui ont été mis à la disposition de la Reine parce qu'ils ont été acquittés pour cause de folie ;

3° Les condamnés à de fortes peines qui deviennent

aliénés pendant qu'ils sont en train de subir leur sentence;

4° Les condamnés à de faibles peines lorsqu'ils deviennent aliénés, et lorsque les médecins de la prison locale certifient qu'ils ne pourraient pas, sans inconvénient, être conduits dans les asiles ordinaires;

5° Ceux qui sont arrivés au terme de leur peine, mais qui sont encore dans une situation mentale telle qu'ils ne pourraient pas, sans grave inconvénient, être conduits dans un asile ordinaire.

Nous empruntons au rapport spécial du département des aliénés criminels les documents qui suivent:

Il faut distinguer entre les convicts, ou condamnés à de longues peines, devenus aliénés, et les aliénés mis à la disposition de Sa Majesté. Les convicts devenus aliénés peuvent rester dans la prison commune si cela ne présente pas d'inconvénients, soit pour eux, soit pour l'ordre général de l'établissement; mais, pour peu que des inconvénients se manifestent, ce qui est le plus ordinaire, ils sont placés dans le quartier spécial de la prison générale de Perth et, s'ils ne guérissent pas, ils y restent jusqu'à l'expiration de leur peine.

Ce moment arrivé, il est possible de les maintenir dans ce quartier spécial; mais on vient de voir que cela n'a lieu que rarement. La pratique ordinaire consiste à les reconduire dans la prison où ils ont été détenus avant leur condamnation. Là on prévient la police et l'inspecteur des pauvres de la paroisse où est située la prison, et les autorités locales ont à prendre, à l'égard des prisonniers sortants, les mesures prévues pour les aliénés par la loi des pauvres. La dépense de l'entretien est à la charge de l'État, jusqu'au jour de l'expiration de la peine; à partir de ce moment, elle tombe à la charge de la paroisse intéressée. Il ne semble pas que ces mesures aient provoqué des plaintes

de la part des autorités charitables ni des asiles ordinaires.

Quant aux aliénés du bon plaisir de la Reine, ceux qui, au bout d'un certain temps, sont reconnus inoffensifs, et sur lesquels l'État ne juge plus à propos d'exercer un contrôle spécial, sont transférés du quartier de Perth dans l'asile ordinaire de leur circonscription, et ils y sont placés dans les mêmes conditions que tous les autres malades, c'est-à-dire qu'ils y sont soignés aux frais de leur paroisse et que, s'ils guérissent complètement, ils sont remis en liberté ; naturellement, avant de prendre cette dernière mesure, le médecin de l'asile tient compte de leurs antécédents.

Mais il y a d'autres aliénés du bon plaisir de la Reine qui, pendant leur séjour au quartier de Perth, peuvent paraître complètement sains d'esprit et que, cependant, on croirait imprudent de rendre purement et simplement à la liberté.

C'est à eux que s'applique ce passage du rapport des commissioners : « Parmi les habitants de l'infirmerie spéciale de la prison de Perth, il y en a plusieurs qui, depuis longtemps, ne manifestent aucun symptôme d'aliénation. Il n'est pas douteux que, si l'on ne se met qu'au point de vue de la maladie et non à celui du crime commis, la prolongation de leur maintien, après le rétablissement de leur santé, ne peut se justifier que par la crainte d'une rechute ; mais cette crainte retient les médecins, qui sont peu disposés à prendre la responsabilité de leur mise en liberté. »

Pour ceux-là, l'Administration pénitentiaire de l'Écosse a organisé, en vertu d'un bill supplémentaire de 1871, des sorties conditionnelles qui peuvent être accordées par le Ministre de l'Intérieur.

Les conditions imposées aux sorties de ce genre sont formulées par le Ministre sur la proposition des com-

missioners des prisons, et peuvent différer d'après les circonstances propres à chaque cas. Le prisonnier a toujours pour résidence obligée, et approuvée par les commissioners, le domicile d'un particulier qui prend charge de lui ; ce dernier est tenu de faire chaque mois un rapport sur l'état physique et mental du prisonnier conditionnellement libéré, sur sa conduite et sur tous les autres détails que les commissioners des prisons jugent à propos de demander. En outre un médecin du choix des mêmes commissioners va voir le prisonnier, au moins deux fois par an, et rend compte de ses constatations.

Si les conditions imposées à la mise en liberté ne sont pas observées, ou s'il se produit quelque changement dans l'état du prisonnier, ce dernier est immédiatement réintégré par ordre du Ministre, et sa situation redevient exactement ce qu'elle était avant la sortie.

Jamais les conditions qui avaient été mises à celle-ci ne sont rapportées, et le système de surveillance auquel le prisonnier est soumis dure jusqu'à la fin de ses jours. Rien n'empêche, d'ailleurs, qu'un prisonnier qui a été déjà libéré conditionnellement, puis réintégré, ne soit libéré de nouveau; le fait même s'est déjà présenté dans la pratique. Le plus habituellement, les prisonniers libérés conditionnellement sont remis à un membre de leur famille, ou à des amis qui s'intéressent assez à eux pour accepter ou solliciter même la responsabilité d'une semblable mission. Il arrive aussi parfois que, moyennant profit, ce sont des étrangers qui assument cette responsabilité; dans un cas même, deux prisonniers ont été ainsi placés dans la même maison.

Mais, jusqu'à présent, il n'existe aucune disposition légale qui permette à l'Administration pénitentiaire de payer une pension pour l'entretien de ces prisonniers libérés, et, comme ils sont dans les mains de l'Adminis-

tration des prisons, on ne peut pas leur appliquer, comme aux indigents ordinaires, le bénéfice de la loi des pauvres. Il résulte de cette circonstance que la mise en liberté conditionnelle ne peut être accordée qu'aux aliénés du bon plaisir de la Reine qui ont, soit par eux-mêmes, soit par leurs amis, des ressources suffisantes pour assurer leur entretien. Aussi reste-t-il encore, dans le quartier spécial de Perth, certains de ces individus dont l'état mental est très satisfaisant, et que l'on pourrait mettre en liberté conditionnelle, mais que l'on est obligé de conserver parce qu'ils ne possèdent rien et que personne n'est disposé à subvenir à leurs besoins.

Il serait donc désirable que l'Administration pénitentiaire d'Écosse fût autorisée, dans ces circonstances toutes spéciales, à allouer pour l'entretien de ces individus chez un nourricier, ou gardien, une indemnité pécuniaire qui ne devrait jamais dépasser le prix de leur entretien dans le quartier de Perth.

Après avoir donné ces indications générales sur le système des sorties conditionnelles accordées au bon plaisir de la Reine, M. le docteur Sibbald est entré, sur la demande de la Commission, dans des explications plus détaillées, relatives à certains cas spéciaux :

« Lorsqu'on a lieu de supposer que le délire dont le prisonnier est atteint, au moment où il a commis l'acte criminel, était le résultat de l'intempérance, on exige, pour lui accorder sa sortie conditionnelle, qu'il renonce à l'usage des liqueurs spiritueuses, et la personne chez laquelle il est placé en garde est tenue de certifier, dans son rapport mensuel, que la condition est strictement observée. Dans le cas que j'ai déjà signalé, où un prisonnier réintégré a obtenu une seconde libération, la réintégration avait eu lieu parce que l'individu avait recommencé à boire ; il n'en était résulté aucun préjudice pour personne, mais l'engagement pris par lui

n'avait pas été tenu; le gardien responsable en avait donné aussitôt connaissance, et cela avait suffi pour faire réintégrer le prisonnier; ce qui n'empêcha pas de faire plus tard un second essai. »

Enfin l'auteur, M. le docteur Sibbald, complète ses renseignements en disant que le nombre des aliénés du bon plaisir de Sa Majesté, jouissant ainsi d'une mise en liberté conditionnelle en Écosse, est sinon considérable, du moins appréciable; que le système adopté donne dans son ensemble de bons résultats; que les gardiens ou nourriciers s'acquittent consciencieusement de la surveillance dont ils ont pris la responsabilité; qu'aucun accident grave n'a été constaté, et qu'une seule amélioration lui paraît actuellement désirable, celle qui permettrait de fournir dans certains cas, aux aliénés ainsi libérés et indigents, les moyens de subsister hors de prison.

*Appréciation.* — Il résulte de ce qui précède qu'en ce qui concerne les aliénés criminels, comme cela a lieu du reste pour les aliénés ordinaires, les dispositions statutaires applicables en Écosse, plus récentes que celles de l'Angleterre, paraissent en progrès sur elles à la fois sous le rapport de la simplicité et sous celui de l'harmonie; elles se prêtent surtout mieux aux mesures diverses qu'il peut y avoir lieu de prendre suivant les indications propres à chaque cas particulier.

Le système des sorties conditionnelles, accordées aux personnes qui ont commis un crime dans un accès de délire et qui paraissent revenues à la raison, est tout particulièrement intéressant à étudier dans son mécanisme et dans ses résultats pratiques. Il permet à la fois de remettre ces personnes en liberté et de continuer à veiller sur elles, puisque, au lieu de les abandonner à elles-mêmes, on les confie à la garde d'un dépositaire responsable, qu'on exige de ce dernier des

renseignements fréquents, qu'on fait procéder à des visites médicales périodiques et qu'au moindre indice suspect on est libre de provoquer la réintégration dans le quartier pénitentiaire, spécialement consacré aux aliénés criminels.

En France, quelques essais analogues ont parfois été tentés par l'initiative de certaines autorités locales, mais sans aucune sanction légale. Cela prouve que les mesures de ce genre répondent à un besoin réel, et qu'il y aurait avantage à pouvoir les appliquer d'une manière régulière, en les entourant de garanties analogues à celles qui sont en vigueur en Écosse. Ce serait, à coup sûr, un grand progrès à apporter dans la solution pratique du plus embarrassant des problèmes que soulève la folie dans ses rapports avec le crime (Foville).

Le quartier de la prison générale de Perth, spécialement réservé aux aliénés dits criminels, a subi des agrandissements successifs. Dans le principe, il occupait un bâtiment qui avait fait partie de l'ancienne prison militaire, transformée en prison civile. Mais ce quartier était trop petit et trop confondu avec la prison proprement dite. On résolut d'en construire un autre pour l'usage spécial auquel il était destiné dans un terrain immédiatement limitrophe à la prison, mais cependant assez isolé pour qu'il ne produisît aucun inconvénient de voisinage.

Ce nouveau quartier contenant 58 places, 40 pour les hommes et 18 pour les femmes, a été occupé en 1865, et, dans le rapport sur le service des prisons d'Écosse, il est l'objet des remarques suivantes :

« On remarquera que le département pour les aliénés criminels est un bâtiment complètement séparé de tous les autres et qu'il n'a pas été nécessaire de lui donner le caractère compulsif d'une construction pénitentiaire, ce qui, a-t-on supposé, aurait été nuisible au traitement

des aliénés. Mais en même temps il est protégé par le mur de la prison, à l'intérieur duquel il se trouve, et il est assez près du centre de la prison pour en obtenir, en cas de besoin, des secours rapides.

« En avant du quartier des aliénés se trouve un terrain, convenablement protégé, qui descend vers la rivière. Une partie de ce terrain est couverte de plantations ornementales ; l'air y est sain et la vue étendue. Pendant une partie du jour, ce terrain est à la disposition des aliénés ; on y conduit alternativement les hommes et les femmes. Pendant qu'il n'est pas occupé par les aliénés, il sert de lieu d'exercice et de récréation aux condamnés approchant du terme de leur détention et dont la bonne conduite justifie cette faveur. » (Loc. cit., p. 4.)

Cependant, avec le temps, ce nouveau quartier lui-même était devenu insuffisant et, dans ces dernières années, les rapports des commissioners in Lunacy, qui sont chargés par la loi d'inspecter deux fois par an les locaux où sont traités les aliénés criminels, ne manquaient jamais d'énumérer les nombreux inconvénients qu'ils avaient à lui reprocher; les principaux étaient l'encombrement des habitations, l'insuffisance des préaux, l'absence de terrains de culture, le défaut d'occupation pour les malades et, comme conséquence générale, l'exagération dans l'emploi des moyens de contrainte mécanique.

L'Administration pénitentiaire a pris les mesures nécessaires pour faire disparaître ou au moins diminuer considérablement ces inconvénients.

Elle a pu acheter, à côté même du quartier, une étendue de 4 acres de terrain, qui a permis de construire, en prolongation du bâtiment unique jusque-là, un second bâtiment spécialement destiné aux femmes, et de donner aux hommes un enclos relative-

ment assez vaste, leur permettant de se livrer à des travaux de culture et de terrassement. Le bâtiment primitif, au lieu d'être occupé par les deux sexes, se trouve exclusivement consacré aux hommes.

Le nouveau bâtiment des femmes, qui contient 30 places, a été occupé en 1881, et les autres modifications qui ont été la conséquence de son inauguration se sont succédé progressivement. Les hommes disposent maintenant de 58 places, et la population peut être portée à un total de 88 aliénés des deux sexes, ce qui paraît devoir suffire longtemps aux besoins du service.

Une autre amélioration, non moins importante, a consisté à donner la haute main sur toutes les branches du service, sous le contrôle supérieur du gouverneur de la prison, au médecin qui, depuis 1882, a pris le titre de superintendent médical du quartier des aliénés.

Les commissioners in Lunacy, en donnant leur approbation complète à ces diverses améliorations, ont reconnu que leur résultat immédiat avait été de faire diminuer, dans une proportion considérable, l'usage des moyens de contrainte mécanique. Là où ils trouvaient habituellement de 6 à 8 malades soumis à ces moyens, ils n'en ont plus trouvé, dans leurs dernières visites, que 2, et un rapport postérieur des commissioners des prisons annonce qu'on est arrivé à les supprimer d'une manière presque complète. La plupart des malades précédemment inoccupés peuvent maintenant se livrer à un travail en rapport avec leurs aptitudes et leur état mental.

Le règlement général, approuvé par le Ministre de l'Intérieur, porte d'ailleurs qu'aucun moyen de contrainte ne peut être appliqué sans un ordre écrit du gouverneur, délivré sur la demande du médecin, ordre qui lui-même n'est valable que pour vingt-quatre

heures et doit être renouvelé à l'expiration de ce terme.

Le même règlement contient un article ainsi conçu : « Les habitants du quartier spécial aux aliénés, dépendant de la prison générale, ne doivent pas être astreints à la discipline pénitentiaire. Ils sont traités, d'après les prescriptions des médecins, comme des malades soumis à un traitement curatif ou palliatif. »

Le dernier rapport des commissioners in Lunacy indique, dans le tableau suivant, la répartition par catégories des 63 aliénés criminels présents au quartier spécial de Perth, à la date du 1er janvier :

| | |
|---|---|
| 1° Reconnus aliénés au cours de l'instruction et détenus pendant le bon plaisir de la Reine. . . . . . . . . | 24 |
| 2° Reconnus comme ayant été aliénés au moment où l'acte criminel a été accompli, et détenus pendant le bon plaisir de la Reine. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | 20 |
| 3° Condamnés à mort, mais non exécutés, pour cause d'aliénation mentale . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | 2 |
| 4° Condamnés à de fortes peines dont la sentence est expirée. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | 6 |
| 5° Condamnés à de faibles peines dont la sentence est expirée . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | 1 |
| 6° Condamnés à de fortes peines dont la sentence n'est pas expirée. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | 9 |
| 7° Condamnés à de faibles peines dont la sentence n'est pas expirée. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | 1 |
| TOTAL. . . . . . . . . . | 63 |

Cette classification est surtout pratique, et elle n'est pas tout à fait conforme à celle qui a été indiquée précédemment et qui était plutôt théorique.

On peut ajouter à ce tableau le nombre de 5 aliénés du bon plaisir de la Reine, sortis conditionnellement, aux termes de la loi de 1871, et qui, pouvant être réintégrés dans le quartier spécial, peuvent être considérés comme faisant virtuellement partie de sa population.

On le voit, l'asile-prison de Perth contient, outre les criminels aliénés (condamnés), des aliénés criminels (acquittés) (*detained during her Majesty's pleasure*), internés avec les précédents ; ce sont même les plus nombreux (44 sur 63).

Ce n'est donc pas la correspondance exacte de notre établissement de Gaillon.

Les discussions relatives à la mise à part des aliénés criminels ont abouti chez nous au rejet de la proposition (Congrès de Paris, 1889, 46 voix contre 4).

Si l'on devait faire des asiles spéciaux pour les aliénés dangereux, il en faudrait autant que de sortes d'aliénés; car, si tous peuvent devenir dangereux dans le même local, ils le deviendraient encore plus par leur nombre.

Le mieux, au contraire, est de les disséminer dans plusieurs asiles, mais *dans des quartiers spéciaux* (Magnan, Congrès de Paris, 1889).

Comme le fait observer M. Charpentier, dans son étude sur l'isolement des aliénés (*Revue d'hygiène*, décembre 1889), ces quartiers spéciaux sont nécessaires non seulement pour certains aliénés criminels dangereux, mais aussi pour les vicieux et les persécuteurs ou dégénérés raisonnants, « causes incessantes d'agitation et de désordre dans les services ordinaires ».

Mais l'asile de Perth peut garder indéfiniment les condamnés aliénés, et non, comme Gaillon chez nous, pendant le temps correspondant à leur condamnation seulement.

Il en résulte que ces malades peuvent rester séparés des malades ordinaires, à la différence du système français qui les mélange généralement, en l'absence des quartiers précités.

Ils ne peuvent sortir sans l'intervention de l'autorité

judiciaire sous la main de laquelle ils sont restés.

Chez nous, au contraire, de tels malades, alors même qu'ils restent dangereux bien que guéris, rentrent dans la société, où leurs nouveaux méfaits servent de thème aux attaques de la presse qui reproche aux aliénistes de les avoir mis en liberté et de s'être laissé grossièrement tromper.

Il y a là une lacune dans notre législation, dont souffrent également les magistrats et les aliénistes. Ainsi que le pense M. le docteur Falret : « Le danger de la remise en liberté de criminels aliénés pourrait être combattu par des règlements spéciaux relatifs au maintien ou à la sortie de ces malades dans les asiles d'aliénés ordinaires... Ces règlements spéciaux seraient appliqués à tous les aliénés dangereux, qu'ils aient eu ou non des démêlés avec la justice » (*Les Aliénés et les Asiles*, p. 213).

L'extension plus large des entrées étendues, pour l'asile de Perth, aux cas du bon plaisir de la Reine, correspond à la dernière catégorie de malades indiquée par M. Falret.

Les conditions d'installation de cet asile-prison et la possibilité des sorties conditionnelles et des placements familiaux, en font un établissement mieux conditionné que la Sûreté de Bicêtre (qui n'est cependant que pour des aliénés non criminels) ; on y peut, sans froisser les sentiments de la plus pure philanthropie, maintenir les malades dont on veut épargner le contact aux malades ordinaires de l'hôpital-asile de traitement ou de la colonie ouverte de chroniques.

---

# DEUXIÈME PARTIE

## ASSISTANCE DES ALIÉNÉS CHRONIQUES

---

## CHAPITRE VIII

### De l'accroissement du nombre des aliénés et de l'évacuation des chroniques

Au risque de tomber dans des redites fastidieuses, nous avons, à dessein, à propos de chaque établissement décrit, extrait des rapports des différents directeurs les passages où se reflétait leur commune préoccupation. C'est à peu près dans les mêmes termes, en effet (et cette unanimité à son importance), qu'ils résolvent la question de l'encombrement des asiles, afin de leur conserver leur vrai caractère d'hôpital de traitement pour les cas aigus. Cette idée ressort de tous les rapports dont nous avons cité les passages. Elle ressort également des nombreuses études que nous aurons à citer encore ultérieurement. L'étude des remèdes proposés pour obvier à cet encombrement implique tout d'abord la recherche des causes mêmes de l'accroissement du nombre des aliénés placés. Répond-il à une augmentation réelle du nombre des aliénés en liberté?

Les seuls points sur lesquels nous ayons des documents certains sont les moyennes statistiques tirées des documents officiels français et écossais, qui montrent que le nombre des aliénés *assistés* a augmenté.

## POUR LA FRANCE

### RAPPORT DES INSPECTEURS, 1874

| ANNÉES | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1865 | 1866 | 1867 | 1868 | 1869 | 1870 | 1871 | 1872 | 1873 | 1874 |
| 18.191 | 18.693 | 19.257 | 20.402 | 21.381 | 21.938 | 22.548 | 20.745 | 21.761 | 23.778 |
| Augmentation en 10 ans : 5.587. | | | | | | | | | |

## POUR L'ÉCOSSE

### RAPPORT DES INSPECTEURS, 1890

| MOYENNE DES ANNÉES | ASILES | MAISONS privées | TOTAL |
|---|---|---|---|
| 1861 à 1865 . . . . . . . . . . . . . . . . | 3.617 | 1.690 | 5.307 |
| 1866 à 1870 . . . . . . . . . . . . . . . . | 4.282 | 1.521 | 5.803 |
| 1871 à 1875 . . . . . . . . . . . . . . . . | 5.009 | 1.454 | 6.463 |
| 1876 à 1880 . . . . . . . . . . . . . . . . | 6.022 | 1.399 | 7.421 |
| 1881 à 1885 . . . . . . . . . . . . . . . . | 6.999 | 1.689 | 8.688 |
| 1886 à 1889 . . . . . . . . . . . . . . . . | 7.374 | 2.191 | 9.575 |
| Totaux. . . . . . . | 33.303 | 9.944 | 43.247 |
| Augmentation (de 1861 à 1889) de 4,258. | | | |

Étudions cette augmentation du nombre des aliénés assistés et cherchons si elle ne peut s'expliquer sans invoquer un accroissement réel de la population des aliénés recensés.

L'erreur d'Esquirol, qui n'estimait qu'à 25 000 le nombre total des aliénés en France en 1838, fut bien vite reconnue. L'institution des asiles ayant élargi le champ de l'assistance, les créations nouvelles offrant une place disponible plus grande, entraînèrent une

augmentation fatale dans le nombre des placements (loi de l'offre et de la demande).

D'autre part, jamais le nombre des aliénés assistés n'égalera le nombre des aliénés recensés; il peut s'en rapprocher plus ou moins, et il semble, entre parenthèses, qu'en Écosse l'écart soit moindre que chez nous.

Néanmoins, toutes les législations, la loi de 1838 comme la loi écossaise de 1857, n'ont réclamé la séquestration que des aliénés dangereux pour eux ou pour les autres. Aussi est-ce dans l'interprétation de ce dernier mot et l'extension plus ou moins grande de son sens qu'il y a lieu de chercher le pourquoi de la recrudescence des placements à certaines époques.

L'organisation des asiles et d'un corps médical correspondant était la conséquence d'une évolution scientifique en relation avec le développement et la spécialisation de l'aliénation. Les services nouveaux favorisèrent encore les progrès de la science nouvelle, qui a été élargissant ses cadres de plus en plus.

En dehors de cette extension de la dénomination d'aliénés à des cas antérieurement non compris dans la nomenclature nosologique, un moins grand nombre de ceux rentrant dans le cadre primitif a été méconnu. Enfin, nous l'avons dit, la signification exacte de l'expression littérale contenue dans la loi (*dangereux*) est encore loin d'être clairement définie; elle diffère selon l'individu, le temps et le milieu.

Tel malade inoffensif dans certaines conditions peut devenir, avec l'âge et l'échéance de la puberté, par exemple, capable d'impulsions au viol, etc.

Tel autre qui, maintenu à la campagne loin de toute excitation, aurait pu demeurer calme, entrera dans une excitation des plus préjudiciable pour lui et son entourage si on le retire de ce milieu.

En 1845, Ferrus, consulté sur l'opportunité qu'il y aurait d'exclure de la loi les idiots et les imbéciles comme incurables non dangereux, répondait :

« Si calmes et inoffensifs que puissent paraître les idiots, il suffit d'une circonstance pour surexciter chez eux les instincts violents et les porter aux actes les plus compromettants pour la sécurité et l'ordre publics. Rien n'est moins rare que de voir des meurtres commis par ces malheureux incapables de se rendre compte de ce qu'ils font. Comme la plupart possèdent la force physique et ont quelquefois assez d'intelligence pour exécuter les choses qu'on leur commande, ils deviennent souvent, entre les mains de gens pervers, d'aveugles instruments de dommage... Il est surtout, à leur occasion, un point qu'il importe de ne pas perdre de vue, parce qu'il a trait à des dispositions dont la manifestation est non moins fâcheuse que persévérante : il s'agit des passions brutales. La lubricité est chez les idiots un phénomène caractéristique. Chacun sait avec quelle fureur ces infortunés se livrent à l'onanisme. Or, souvent, pour satisfaire ce penchant irrésistible, s'ils rencontrent quelque femme ou fille à l'écart, ils les attaquent et les rendent victimes de leurs infâmes attentats. Les idiotes ne sont pas attirées vers les hommes avec un moindre empire et, il faut le dire à la honte de l'espèce humaine, il est des gens assez dépravés pour oser abuser de leur ignorance et de leur faiblesse. C'est donc avec raison que l'on doit ranger les idiots dans la catégorie de ces aliénés dangereux dont la loi prescrit à l'Administration de s'assurer et de prendre soin. »

La question des idiots a d'ailleurs d'autres faces, et nous nous en occuperons dans un chapitre ultérieur.

Dès à présent, on le voit, le sens du mot « aliéné dangereux » s'est donc de plus en plus étendu. Il a fallu

encore y joindre tout le contingent des malades réclamés par la médecine légale aux tribunaux, et qui, dans des procès encore récents, étaient jugés et condamnés par les tribunaux anglais, comme en témoignent les remarquables plaidoyers de Maudsley, dans son ouvrage sur le crime et la folie.

Inversement, la notion primitive d'aliéné dangereux s'est étendue à des gens dont le maintien dans l'existence commune était et est encore, à la rigueur, possible. C'est la conséquence directe des phases successives parcourues par la question des aliénés. Tout d'abord soumis à des moyens de répression et de coercition, ils ont fini par être simplement séquestrés ; la séquestration est bientôt devenue assistance, on a assuré un asile à des individus incapables de vivre au dehors sans danger pour eux-mêmes. Enfin vient la période que nous appellerons thérapeutique, où l'aliéné tend à être placé, dès le début de l'affection, sans plus considérer s'il y a danger ou non pour la société, mais pour éviter un autre péril bien appréciable, celui de l'incurabilité du malade, qui n'est pas sans intérêt au point de vue économique. L'asile de l'avenir sera donc un hôpital et la notion primitive d'aliéné dangereux tendra à s'effacer de plus en plus.

En attendant, à défaut de placement précoce, les entrées tardives ont multiplié le nombre des chroniques incurables. Avant d'avoir atteint son dernier degré de perfectionnement, l'asile resté tel a du moins suivi les progrès de la science hygiénique ; par ce fait, la viabilité des malades internés a été croissant, les chroniques incurables et déments vont peuplant et encombrant nos asiles, ils ne contribuent pas peu à retarder la dernière phase de l'évolution : l'hospitalisation des aliénés curables, qui sont noyés le plus souvent parmi les précédents.

Un autre résultat de l'amélioration progressive du régime intérieur et de l'hygiène matérielle des asiles a été que les répulsions primitives des familles et même des malades sont allées en s'atténuant, nouvelle cause d'accroissement du nombre des placements.

Quant à la question de l'augmentation réelle du nombre des aliénés dans la société, elle est plus délicate à trancher, bien que l'opinion publique et la majorité des médecins l'affirment.

Il est certain que la civilisation, compliquant progressivement les conditions d'existence, multiplie par là même le nombre des invalides de l'intelligence ayant besoin d'assistance.

D'autre part, cette complication même et le surmenage qui en résulte sont causes de dégénérescence pour les individus bien organisés et leur descendance.

Cette grosse question de la dégénérescence mentale, de ses causes et même de ses formes cliniques a fait l'objet de discussions passionnées qui en démontrent l'importance.

Son accumulation, par suite d'une mystérieuse affinité qui attire entre eux les dégénérés et qui a été signalée par la plupart des observateurs, aboutit à l'idiotie stérile par une sorte de sélection naturelle.

En attendant que les progrès de l'hygiène sociale et de la démographie aient pu atteindre dans leurs sources (si jamais elles y arrivent) les tares dégénératives dont souffre la race, il faut compter avec ce contingent croissant de demi-aliénés auxquels les tendances somatistes de la science contemporaine ne peuvent que faire étendre de plus en plus la dénomination d'irresponsables et partant d'aliénés.

La Grande-Bretagne, au point de vue doctrinal, ne

semble pas être encore entrée dans la phase critique dont nous souffrons.

En revanche il est des pays, l'Italie entre autres, où la crise paraît encore plus aiguë que chez nous, si l'on en juge par les tendances d'une partie du corps médical (Lombroso et son école) et par celles d'une partie de la magistrature elle-même (1).

La criminalité étant pour eux fonction de dégénérescence implique l'extension du régime des aliénés à un grand nombre des pensionnaires actuels des prisons.

La question de l'accroissement en nombre des aliénés (recensés ou assistés) ainsi esquissée, le meilleur remède à l'état des choses paraît être de se conformer à l'évolution précitée, à savoir : l'hospitalisation des aliénés. Deux moyens se présentaient pour cela :

1° La création de toutes pièces d'hôpitaux nouveaux;

2° L'amélioration des institutions existantes : suppression de l'encombrement des asiles proprement dits et augmentation du personnel médical.

C'est à ce second moyen que l'on s'est arrêté en Grande-Bretagne. Son application repose sur :

1° Les placements précoces des malades à l'hôpital-asile;

2° Des médecins traitants, en nombre suffisant, font une sélection rigoureuse des cas aigus curables, qui sont maintenus en traitement jusqu'à la guérison éventuelle, et des cas chroniques ou incurables, qui sont évacués de bonne heure. Mais cette évacuation impli-

(1) En présence de la conversion des magistrats italiens aux théories les plus avancées sur l'irresponsabilité, on se demande si la participation étroite aux placements, qui est sur le point de leur échoir chez nous, n'amènera pas une évolution analogue dans l'esprit des magistrats éclairés par les faits nombreux qu'ils seront à même d'observer de plus près.

quait l'existence de locaux autres que ceux de l'asile; on y a pourvu par la réorganisation sérieuse des quartiers d'hospices d'indigents (Wards of Workhouses, and Poorhouses).

Par les soins des inspecteurs des aliénés un certain nombre de ces quartiers ont été érigés en véritables asiles (sections paroissiales à licence large). Qu'il nous suffise de rappeler le sens du mot *Workhouse* (maison de travail), pour indiquer sur quels principes reposent les conditions d'assistance.

L'assistance par le travail est appliquée, dans ces refuges, aux indigents et aussi à ceux des sections d'aliénés qui en sont susceptibles. Comme aucun intérêt personnel ne se trouve ici en jeu pour pousser à l'exploitation des indigents, aliénés ou autres; que d'autre part la haute main reste au médecin, on réalise ainsi, dans la mesure du possible, la formule chère à Damerow: « Tout par les aliénés; tout pour les aliénés. »

Un certain nombre de ces établissements en arrive même à un degré de prospérité qui permet leur extension sans augmenter les charges de l'assistance. Cette préoccupation constante de l'organisation du travail n'est pas la caractéristique du régime médical de ces institutions. Dans les asiles royaux et de district réservés au traitement des pensionnaires et des cas aigus, c'est encore le but principal des chefs de service, qui y voient au même titre qu'un moyen curatif des plus efficaces, une façon de donner à leurs patients l'exercice physique en même temps qu'une diversion morale à leurs conceptions délirantes. Ainsi sont conciliées les nécessités de la thérapeutique, de l'hygiène et de l'économie.

Dès lors on comprend qu'à la plupart des asiles royaux, de district, paroissiaux ou autres, soient

annexées des exploitations industrielles ou agricoles, distinctes des colonies proprement dites. — Ces questions ont passionné le corps médical anglais et nous ne pouvons résister au désir de citer quelques extraits d'une adresse du docteur Yellowlees à l'Association médico-psychologique.

« Il ressort, dit cet auteur, d'un rapport du comité du Conseil du comté de Londres, qu'il y aurait les plus grands avantages, pour les malades et pour le public qui aurait recours à ces placements, à ce que les aliénés soient confiés aux soins de médecins et de chirurgiens dans un hôpital ordinaire. Le principe de la création d'un tel service hospitalier a été adopté pour Londres.

« Voici les propres termes du rapport :

« La proposition qui vous est soumise ne tend à rien « moins qu'à placer un certain nombre de maladies « mentales aiguës dans des conditions identiques à « celles d'où sont sortis les progrès d'étude et de trai- « tement des autres maladies. Ceci revient à dire qu'il y « aurait lieu de les soumettre aux conditions hospita- « lières ordinaires, avec méthode, personnel et outil- « lage propres à l'étude et au traitement des troubles « somatiques qui suivent ou provoquent l'aliénation. »

« Nous n'entendons enlever aucun des avantages particuliers à l'asile, à part la situation à la campagne et les avantages qui en découlent.

« Nous voulons seulement ajouter au régime de l'asile un élément curatif qui lui manque ou qu'il ne possède qu'imparfaitement. Maintenant que les progrès de la science ont démontré l'origine organique des désordres mentaux, il est temps d'en organiser la prophylaxie et le traitement sur une méthode médicale positive.

« Enfermés dans les asiles, les malades échappent à

l'observation médicale ordinaire et sont ainsi soustraits à l'influence des progrès de la médecine. (Cette assertion du rapport est fondée sur cette idée, qui s'y trouve développée, que les médecins-directeurs d'asiles sont surtout des administrateurs préoccupés de la discipline de leur personnel, en sorte qu'ils n'ont ni l'éducation, ni le temps, ni les capacités pour des recherches médicales (*sic*).

« Le comité citait, à l'appui, les résultats d'une enquête faite dans l'Angleterre et le pays de Galles.

« Sur 165 directeurs-médecins ayant répondu à son appel, 49 se plaignaient de l'insuffisance du temps et des difficultés existant dans les asiles pour les recherches scientifiques; 41 se plaignaient en outre de l'insuffisance des moyens de traitement individuels pour les malades; 25 approuvaient le système des services hospitaliers; 70 s'y ralliaient aussi, mais avec des restrictions.

« Mais il s'en est trouvé un certain nombre opposé aux conclusions du comité, considérant que les conditions générales de milieu, d'influence morale et d'occupations matérielles priment le traitement médicinal. La simple visite quotidienne d'un médecin ordinaire d'hôpital n'eût été pour eux qu'un leurre et, suivant eux, le système actuellement existant restait le plus efficace et le plus satisfaisant, à la condition expresse d'*évacuer les incurables* dans les Workhouses ou des asiles-hospices et d'augmenter le personnel médical spécial et subalterne.

« Le docteur Batty Tuke a dit au comité qu'il était ainsi arrivé à ramener les conditions du traitement à celles de l'hôpital le plus perfectionné en s'appliquant à l'étude de ses malades sans se laisser absorber par l'administration. Il avait obtenu plus de 60 pour 100 de guérisons.

« La raison d'une proportion si élevée dans la moyenne des guérisons s'explique facilement si l'on considère : 1° que les cas *selected* seulement sont alors traités (imbéciles et séniles, formes chroniques de folie paralytique ou épileptique, vésanique chronique et démences étant rarement conservées) ; 2° qu'il y aurait lieu de contrôler ultérieurement ces prétendues guérisons.

« En effet, il faut bien le dire, les sorties, même très améliorées, sont loin d'être suivies constamment d'un mieux définitif et prolongé, aussi bien pour les aliénés que pour les malades ordinaires des hôpitaux (chirurgie ou médecine). Mais, tandis que, pour ces derniers, la statistique conserve ses belles proportions, les aliénistes, eux, ne peuvent ignorer les rechutes, car leurs malades sont soumis à un contrôle administratif rigoureux et sont obligés de repasser toujours par les mêmes établissements. L'accusation d'impuissance portée contre le corps médical des aliénistes anglais ne repose donc pas sur un examen suffisant des faits, et les services d'un hôpital ordinaire ne peuvent être identifiés à ceux d'un asile d'aliénés. »

Ces attaques ne sont pas spéciales au corps médical des aliénistes anglais.

En France, les médecins de l'Administration ont été l'objet de reproches analogues, touchant leur impuissance et la rareté des guérisons des malades à eux confiés. Dans un récent article, paru dans le *Progrès médical*, M. le docteur P. Sollier étudie judicieusement le plus ou moins fondé de ces attaques. Il conclut effectivement à l'insuffisance du traitement des aliénés dans les asiles.

Cela tient :

1° Au trop grand nombre de malades dont est chargé un seul médecin ;

2° Aux obligations purement administratives auxquelles il est astreint;

3° A ce que l'on néglige trop l'enseignement de la thérapeutique morale à appliquer aux aliénés, tandis qu'on s'occupe bien davantage de la thérapeutique médicale, dont les effets sont cependant moins encourageants.

« Comment un médecin-directeur d'un asile de 500 ou 600 malades, ayant à s'occuper de la gestion intérieure de l'asile, des rapports avec l'Administration, trouverait-il le temps de traiter sérieusement ses malades? Sa visite se borne à une inspection surtout matérielle, au point de vue de l'hygiène, de l'entretien, de la bonne tenue des malades. Le médecin qui n'a qu'un service, sans direction d'asile, a-t-il beaucoup plus ce moyen de s'occuper efficacement du traitement des malades curables, quand il a un service de 400 ou 600 malades, dont le parcours seul lui demande chaque jour plus d'une heure, et lorsque le reste de son temps est pris par la signature de certificats d'entrée, de sortie, de transfert, de quinzaine, etc.; sans compter les rapports qu'on lui demande pour diverses affaires civiles ou judiciaires? Pour peu que son service soit actif — et ce qui contribue le plus à cette activité, ce sont les entrées et sorties perpétuelles des alcooliques — tout le temps de sa visite passe à parcourir son service pour s'assurer que tout est en ordre, qu'il n'y a pas de réclamations fondées, pas d'exactions envers les malades, à examiner deux ou trois malades atteints d'affections intercurrentes et à signer toutes les pièces administratives.

« Quant au traitement, il faut bien avouer qu'il se trouve singulièrement négligé. On apprend bien de temps à autre que telle ou telle drogue nouvelle réussit merveilleusement dans tel ou tel cas, puis on s'aperçoit

que les effets en ont été considérablement exagérés, et l'on y renonce peu à peu jusqu'à ce qu'une nouvelle panacée surgisse. Si c'est en cela que consiste le traitement de l'aliénation mentale, il serait peut-être préférable de s'en passer complètement et de se fier à la seule nature ; car jusqu'ici la thérapeutique médicamenteuse n'a pas donné de succès bien certains ni bien remarquables, quand, même, elle n'a pas entravé ou empêché quelquefois des guérisons. Le traitement le plus efficace de l'aliénation, — à côté des agents généraux tels que l'hydrothérapie, l'électrothérapie (peu employée chez nous malgré les services qu'elle peut rendre), l'isolement et quelques hypnotiques, — c'est certainement le traitement moral. Mais ce n'est certainement pas avec les occupations matérielles d'un service de 400 malades qu'on peut demander à un médecin d'appliquer le traitement moral à ses malades.

« Il semble que l'on considère, dans l'Administration, l'asile, non comme un lieu pour soigner et guérir des malades, mais pour les recueillir simplement, et qu'on l'assimile en quelque sorte à un hospice de vieillards. Si les malades qui y entrent guérissent, tant mieux pour eux. Le préjugé que les aliénés ne guérissent pas est encore plus répandu qu'on ne croit, même en haut lieu. Aussi la loi qui régit les aliénés est-elle une loi de préservation sociale bien plus qu'une loi d'assistance.

« Pour obtenir dans le traitement des aliénés des résultats plus satisfaisants — et l'on est en droit d'en exiger d'après ceux qu'on obtient à l'étranger, — la première chose à faire serait de subdiviser les services trop chargés actuellement et de répartir les malades d'une autre façon. Pourquoi ne pas *séparer tout d'abord les curables des incurables* et parmi les premiers faire une place à part aux alcooliques ? En plaçant un médecin à

la tête de chacune de ces subdivisions, on augmenterait certainement le budget, mais on augmenterait aussi le nombre des guérisons. Or toute guérison est un bénéfice net, non seulement pour le malade, mais pour la société, qui y est fortement intéressée comme contribuable. »

Au récent Congrès de médecine mentale de Lyon, M. le professeur Pierret appelait l'attention de ses confrères aliénistes sur la diminution progressive du nombre des guérisons dans nos asiles :

| | | |
|---|---|---|
| En 1864. . . . . . . . . . . | 27,57 | pour 100. |
| En 1874. . . . . . . . . . . | 24,08 | — |
| En 1884. . . . . . . . . . . | 22 | — |
| En 1891. . . . . . . . . . . | 20 | — |

Diminution de 7,57 pour 100.

Telle n'est pas la situation dans les asiles d'Angleterre et d'Écosse.

Dans les asiles de comtés, qui reçoivent le plus fort contingent d'indigents, la proportion des guérisons sur 100 entrées est, suivant le rapport du Lord Chancelier, de 40,28 pour 100 en Angleterre, de 41,06 pour 100 en Écosse, soit une différence de moitié avec les résultats obtenus en France.

« Il y aurait donc lieu de chercher, dit le professeur Pierret, quel est le défaut d'assistance qui fait que, chez nous, des centaines d'aliénés restent incurables. Pour les aliénés riches, d'ailleurs, dans les maisons privées, les statistiques constatent, en France, un chiffre bien plus important de guérisons. De même, en Angleterre, à l'hôpital de Bedlam, l'éminent docteur Savage a obtenu jusqu'à 58 et 65 pour 100 de guérisons.

« La décroissance dans le nombre absolu des guérisons obtenues dans les asiles départementaux, sur les aliénés

pauvres, tient en grande partie à ce que l'internement des malades inoffensifs se fait de plus en plus tardivement.

« Mais ces malades, presque incurables d'emblée, finissent toujours par y entrer..., pour n'en plus sortir.

« De là un encombrement croissant, qui, d'une part, diminue les chances de guérison pour les aliénés encore curables, et, de l'autre, impose aux départements des sacrifices sans cesse renouvelés, qui usent peu à peu leur esprit de charité.

« Je crois donc que, dans l'intérêt de tous, la loi de 1838, bonne dans ses dispositions générales, doit subir des modifications qui lui enlèvent son caractère de loi de défense sociale, pour en faire une véritable loi d'assistance et de charité.

« Je ne demande en somme que la réalisation d'un desideratum déjà exprimé par l'honorable rapporteur de la loi de 1838, M. Vivien, qui écrivait les lignes suivantes : « Des mesures doivent être prises pour « que *tous* les aliénés dont la raison n'est point « irrévocablement détruite obtiennent un traitement *immédiat et complet.* » (P. Pierret, Congrès de Lyon, 1891.)

« Les statistiques n'ont de valeur qu'autant que l'on considère les catégories de malades sur lesquels elles portent. Avec une sélection rigoureuse de malades aigus, placés à temps, on pourrait arriver à une proportion de guérisons encore plus élevée que celle constatée dans les rapports anglais. En revanche, dans les asiles de chroniques incurables, la proportion est presque nulle ou à coup sûr bien inférieure à celle de nos asiles français.

« Avant d'incriminer notre système de traitement, il

y aurait donc lieu de prendre la moyenne générale, au lieu de considérer des asiles dont la population est extrêmement variable. Toutefois il est incontestable que la séparation, unanimement demandée par tous les auteurs compétents, des aigus curables et des chroniques incurables doit être le pivot d'une organisation normale. » (D[r] Bouchereau, Congrès de Lyon, 1891.)

Nous l'avons vu, c'est à cette sélection que tendent tous les efforts du corps médical écossais. Les asiles que nous avons étudiés jusqu'à présent sont organisés dans ce but qui, en dernière analyse, est de constituer l'hôpital pour le traitement des maladies mentales et nerveuses, réclamé par M. l'inspecteur Napias.

Il nous reste maintenant à étudier les asiles de chroniques :

1° Lunatics Wards with unrestricted licence (Parochial Asylums);

2° Lunatics Wards with restricted licence.

On le voit, ces établissements sont de deux sortes.

Les premiers, asiles paroissiaux, sont les sections d'asiles annexées aux hospices d'indigents et réorganisées par les soins du corps des inspecteurs.

En fait, ces quartiers d'hospices d'indigents, autorisés par le Board, reçoivent des aliénés pauvres de toutes catégories, et même, outre les incurables et affaiblis, quelques cas aigus curables, quoique en moins grand nombre.

Six établissements ainsi réorganisés existent actuellement en Écosse :

| | |
|---|---|
| 1. Abbey . . . . . . | Parochial Asylum. |
| 2. Glascow . . . . . | — |
| 3. Govan . . . . . . | — (Glascow). |
| 4. Greenock. . . . . | — |
| 5. Paisley. . . . . . | — |
| 6. Barony. . . . . . | — Woodilee (Lenzie). |

Nous étudierons ce dernier qui est le plus important des six. Quant aux autres quartiers d'hospice non réorganisés, ils ne reçoivent absolument que des incurables, en nombre relativement peu considérable pour chaque asile, car ces sections sont au nombre de seize, n'hospitalisant en tout que 878 malades. Nous nous contenterons de donner les noms de ces quartiers d'hospice :

| | |
|---|---|
| 1. St-Nicholas . . . . . . . | Poorhouse (Aberdeen). |
| 2. Buchan . . . . . . . . . | — (Aberdeenshire). |
| 3. Cuningham. . . . . . . | — (Ayrshire). |
| 4. Dumbarton . . . . . . . | — |
| 5-6. Dundee. . . . . . . . | — (East and West). |
| 7. Édinburgh . . . . . . . | — |
| 8. Hamilton . . . . . . . . | — |
| 9. Inveresk. . . . . . . . . | — |
| 10. Kincardine . . . . . . . | — |
| 11. Linlithgow . . . . . . . | — |
| 12. Old Makar . . . . . . . | — |
| 13. Old Moukland . . . . . | — |
| 14. Perth . . . . . . . . . . | — |
| 15. St-Cuthberts. . . . . . . | — |
| 16. Wigtown . . . . . . . . | — |

Nous ajouterons la liste de répartition des aliénés assistés dans les divers établissements (asiles royaux et de district, asiles privés, asiles paroissiaux, dépôts d'indigents à quartiers d'asiles avec licence large, quartiers de dépôts d'indigents à licence restreinte, en famille, asile-prison, maisons d'éducation pour enfants arriérés).

| MODE DE PLACEMENT | PENSIONNAIRES | | | INDIGENTS | | | TOTAUX | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | H. | F. | T. | H. | F. | T. | H. | F. | T. |
| Asiles royaux et de district | 711 | 767 | 1.478 | 2.571 | 2.658 | 5.229 | 3.282 | 3.425 | 6.707 |
| Asiles privés | 48 | 110 | 158 | » | » | » | 48 | 110 | 158 |
| Asiles paroissiaux (dépôts d'indigents, quartiers d'asiles avec licence large) | » | » | » | 705 | 788 | 1.493 | 705 | 788 | 1.493 |
| Quartiers de dépôts d'indidigents à licence restreinte | » | » | » | 445 | 433 | 878 | 445 | 433 | 878 |
| En famille | 42 | 89 | 131 | 894 | 1.403 | 2.297 | 936 | 1.492 | 2.428 |
| Totaux | 801 | 966 | 1.767 | 4.615 | 5.282 | 9.897 | 5.416 | 6.248 | 11.664 |
| Asile-prison (*Perth*) | » | » | » | » | » | » | 45 | 12 | 57 |
| Maisons d'éducation pour enfants arriérés | 79 | 47 | 126 | 72 | 35 | 107 | 150 | 82 | 232 |
| Totaux | 79 | 47 | 126 | 72 | 35 | 107 | 195 | 94 | 28 |
| Totaux généraux | 880 | 1.013 | 1.893 | 4.687 | 5.317 | 10.004 | 5.611 | 6.342 | 11.953 |

Rappelons qu'en France, dès longtemps, des voix autorisées réclament une sélection des malades dans des établissements différents pour les aigus et les incurables inoffensifs.

Nous n'en voulons pour preuve ici que ce passage emprunté au travail de M. H. Dagonet sur la réforme du régime des aliénés :

« Par une extension abusive du terme d'aliénation mentale, on a considéré comme aliénés les individus dont l'intelligence est affaiblie et on les a placés à tort dans des services qui ne devaient être réservés qu'à ceux qui sont atteints d'aliénation mentale curable.

« Tels sont, par exemple, les malades atteints de lésions cérébrales diverses et qui, par suite, présentent un état de démence et de paralysie plus ou moins complet.

« Ces individus, que la mesure de séquestration légale vient atteindre avec plus ou moins de justesse, sont,

pour la plupart, des êtres inoffensifs affaiblis de corps et d'esprit et qui ne peuvent être placés qu'en vertu de l'article 25 de la loi de juin 1836 comme non dangereux.

« Ces malades ne doivent pas être abandonnés à eux-mêmes, surtout dans les grands centres de population où les familles indigentes sont dans l'impossibilité d'exercer à leur égard une surveillance nécessaire.

« Ils n'ont plus besoin que d'être l'objet de soins hygiéniques et ils devraient être placés dans des maisons de refuge appropriées pour la circonstance et *rattachées comme annexes au service des aliénés*.

« Leur présence dans l'asile, où ils se trouvent dans une proportion effrayante, est une cause d'embarras et de fâcheux encombrement. Les ressources de l'établissement ne leur sont plus d'aucune utilité et ils occupent une place que d'autres viendraient remplir avec plus de profit.

« Ils sont un surcroît de dépense pour le département, puisqu'ils sont recueillis dans des services coûteux qui n'ont pas été institués pour eux. Ils devraient être recueillis dans des refuges ou hospices appropriés à leur situation. »

M. Féré, dans son récent travail sur l'assistance des aliénés, constate que le nombre des aliénés pauvres augmente dans des proportions effrayantes.

« L'assistance de ces malades devient un problème économique important, les asiles fermés ne pouvant plus contenir tous ceux qui auraient besoin de leur secours. »

En Écosse, le docteur Yellowlees, étudiant aussi les progrès simultanés de l'aliénation et du paupérisme, fait remarquer une inégalité insolite entre le chiffre proportionnel de cet accroissement chez les malades pensionnaires ou chez les indigents : « La moyenne annuelle de dix années (1864-1874), pour ces derniers, a été un

accroissement de 121 ; pour la décade suivante (1874-1884), ce chiffre est monté à 236. Or, pendant les mêmes périodes, l'accroissement du nombre des aliénés pensionnaires a été d'abord de 31,7 pour 100, puis en second lieu de 21,3 pour 100. De ces courbes contradictoires, il semblerait donc, non pas que l'aliénation augmente, mais surtout qu'un plus grand nombre de malades sont classés comme indigents.

« La première cause de cette augmentation des aliénés indigents paraît provenir de ce que beaucoup de cas sont maintenant classés parmi les aliénés, par les médecins et le public, qui cinquante ans auparavant ne l'étaient pas.

« Une débilité mentale congénitale plus marquée, la loquacité démentielle des séniles, l'absence de mémoire consécutive à une attaque de paralysie sont les troubles intellectuels qui motivent l'assimilation.

« Le pourquoi de ces admissions tient aussi à la part contributive du gouvernement, de 4 sh. par semaine, pour les aliénés. Cela constitue une prime directe à la production des aliénés indigents ; aussi les paroisses ont-elles intérêt à faire passer leurs indigents pour aliénés, afin de se décharger d'autant.

« *Conclusion.* — Il faut tenir la main à ce que ces placements abusifs soient diminués et corrigés par l'*évacuation dans les quartiers de chroniques* (Poorhouses), quitte à en répartir ensuite une portion chez les particuliers, pour désencombrer à son tour l'hospice. »

— Ces Poorhouses ou Workhouses sont des dépôts d'indigents plutôt que des hospices. Les Poorhouses d'Écosse comme les Workhouses d'Angleterre correspondent plutôt à nos dépôts de mendicité ou à certains de nos refuges parisiens. A vrai dire, il est difficile de désigner l'équivalent, car nous ne possédons pas d'établissements qui y correspondent exactement.

Toutefois, historiquement, on trouve trace d'une organisation analogue chez nous.

Lorsqu'on fonda les hôpitaux généraux, ils eurent pour but l'extirpation de la mendicité, non le traitement des malades ou infirmes qui mendiaient et vagabondaient.

Les fous qui n'étaient pas en cachot ou dans les couvents erraient librement au hasard ; ils étaient vagabonds : on les arrêta.

Ils troublèrent l'hôpital général ; on les retira dans un coin de la maison et dans chaque hôpital il y eut un quartier pour ces malades.

On fit de même dans les dépôts de mendicité créés vers le milieu du siècle précédent et rétablis en 1808.

Au temps d'Esquirol, douze quartiers semblables existaient en France :

1. Auxerre.
2. Alençon.
3. Amiens.
4. Besançon.
5. Châlons.
6. La Charité-sur-Loire.
7. Dôle.
8. Laon.
9. Montpellier.
10. Mousson.
11. Troyes.
12. Tournus.

Il en a été de même en Écosse; mais, tandis que chez nous l'assistance d'une partie des aliénés a été greffée sur les hospices de vieillards et détachée peu à peu des dépôts de mendicité, elle est demeurée, en Grande-Bretagne, rattachée aux dépôts d'indigents.

Il est curieux de voir, à l'origine, les questions d'assistance et de paupérisme confondues, puis suivant une évolution parallèle identique. A la répression brutale des aliénés et à leur exécution même au moyen âge correspondent, pour les simples mendiants et invalides infirmes, les pendaisons en masse d'Angleterre, sous Henri VIII, en 1540.

De même que le régime des aliénés est arrivé à la phase d'assistance méthodique et scientifique, de même l'extinction du paupérisme dépend de l'organisation du travail des indigents. C'est à quoi tendent les Workhouses et Poorhouses qui nous occupent et dont nous avons donné la liste, longue pour l'Écosse, à propos des sections d'aliénés chroniques annexées.

Entrer dans la description de ces établissements, en dehors de ce qui concerne spécialement les aliénés, sortirait du cadre que nous nous sommes tracé.

Cependant il y aurait là matière à déductions instructives, sinon relatives aux applications directes intéressant les aliénés indigents, du moins en ce qui concerne la colonisation des indigents simples.

En Écosse, le travail des aliénés ainsi placés, côte à côte, avec les indigents autres, est le même pour les deux, le plus souvent. Tantôt il est agricole, tantôt il est industriel, selon la situation de l'hospice. L'occupation la plus commune dans ces établissements, comme dans les refuges et asiles de passage des grandes villes, consiste en travaux simples comme le triage et l'effilochage du chanvre de vieux cordages pour refaire de nouveaux câbles, des tissus et du papier, etc.

En Allemagne, d'ailleurs, il existe tout un système analogue, à l'exclusion toutefois de sections d'aliénés annexées, système dont M. Georges Berry a fait l'objet d'une étude non encore publiée.

En France, depuis Esquirol, nos institutions à ce point de vue sont restées des établissements de répression et se sont peu développées et améliorées. On a achevé d'en détacher les services d'aliénés chroniques et il n'y a plus, à notre connaissance, que l'établissement de Nanterre qui contienne une annexe pour l'hospitalisation des vieillards et des déments : encore est-ce là une innovation récente et bien critiquée.

Les quartiers d'hospice de vieillards, auxquels, en revanche, on a rattaché ces mêmes sections d'aliénés, ont-ils été du moins l'objet d'une organisation satisfaisante? Nous laissons, sur ce point, la parole à M. le docteur Bourneville, dans son rapport sur la réforme du régime des aliénés (loi du 30 juin 1838), présenté au Conseil supérieur de l'Assistance publique en 1891 :

« L'organisation actuelle des quartiers d'hospice affectés aux aliénés est très défectueuse dans maints départements. M. Napias a insisté vivement pour que ces quartiers d'hospice ne fussent autorisés à recevoir des aliénés qu'à la condition d'offrir un minimum de garantie au point de vue de l'hygiène et des installations. Il est des Commissions administratives qui, ne considérant pas les aliénés comme des malades ordinaires, n'ont qu'un médiocre souci de réaliser les améliorations matérielles les plus indispensables. Les aliénés sont placés dans les bâtiments les plus vieux et les moins salubres; on leur passe la vêture et la literie qu'on ne peut plus utiliser pour l'hospice ou l'hôpital et on les considère trop comme une source de bénéfices. Or le projet de loi plaçant les quartiers d'hospice, non plus sous la surveillance, mais sous la direction de l'autorité publique, leur imposant les mêmes inspections qu'aux asiles et ne leur accordant l'autorisation de recevoir des aliénés qu'après avis favorable du Comité supérieur, l'Administration centrale ayant enfin le pouvoir d'accepter ou de refuser les traités des Commissions administratives avec les départements et de révoquer ces Commissions, il semble qu'il y a là des garanties suffisantes pour l'avenir. »

On le voit, le projet de loi ne prévoit pas l'organisation possible du travail dans ces hospices, pas plus en ce qui concerne les sections d'aliénés que le reste. Or c'est la base du système anglais, comme l'indique le

nom même de l'institution à laquelle est rattachée la section de chroniques (*Workhouse,* maison de travail).

Nous donnons plus loin des chiffres convaincants à ce sujet, sur la proportion des aliénés travailleurs dans un asile de cette catégorie.

Ce chiffre est également considérable pour les malades placés dans les familles, système qui joint les avantages d'une meilleure organisation du travail à l'économie de la construction d'asiles nouveaux (Ferré).

Il répond à l'indication de l'assistance par le travail, avec cette nuance qu'il laisse toute initiative à l'individu pour l'organisation de son travail, tandis que le système colonial implique l'embrigadement, en quelque sorte, des aliénés travailleurs.

S'il est vrai que les conditions matérielles de l'asile centralisé puissent être supérieures à celles du *Private dwelling system* à prix égal, ce prix est le plus souvent supérieur à l'asile ; en tout cas, lorsqu'il s'agit de *création,* il n'y a pas de doute (dans certains établissements la fondation d'un lit a coûté de dépenses initiales de 2500 à 3000 francs (Ferré).

Il faut savoir se contenter d'un minimum de confort qui permette d'assister le plus grand nombre. Avant la qualité de l'assistance, il faut son extension à la plus grande quantité possible de ceux qui en ont besoin, et pour cela les répartir le plus économiquement possible par l'organisation du travail.

La méthode écossaise avec son quadruple échelon y répond mieux que toute autre.

Nous avons vu les asiles de traitement, il reste à étudier :

Un asile-hospice, chap. IX ;

La colonie autonome, chap. X ;

Le système familial, chap. XI.

---

# CHAPITRE IX

## Asile-hospice de Lenzie Barony Parochial Asylum (Woodilee)

Dr Blair, superintendent.

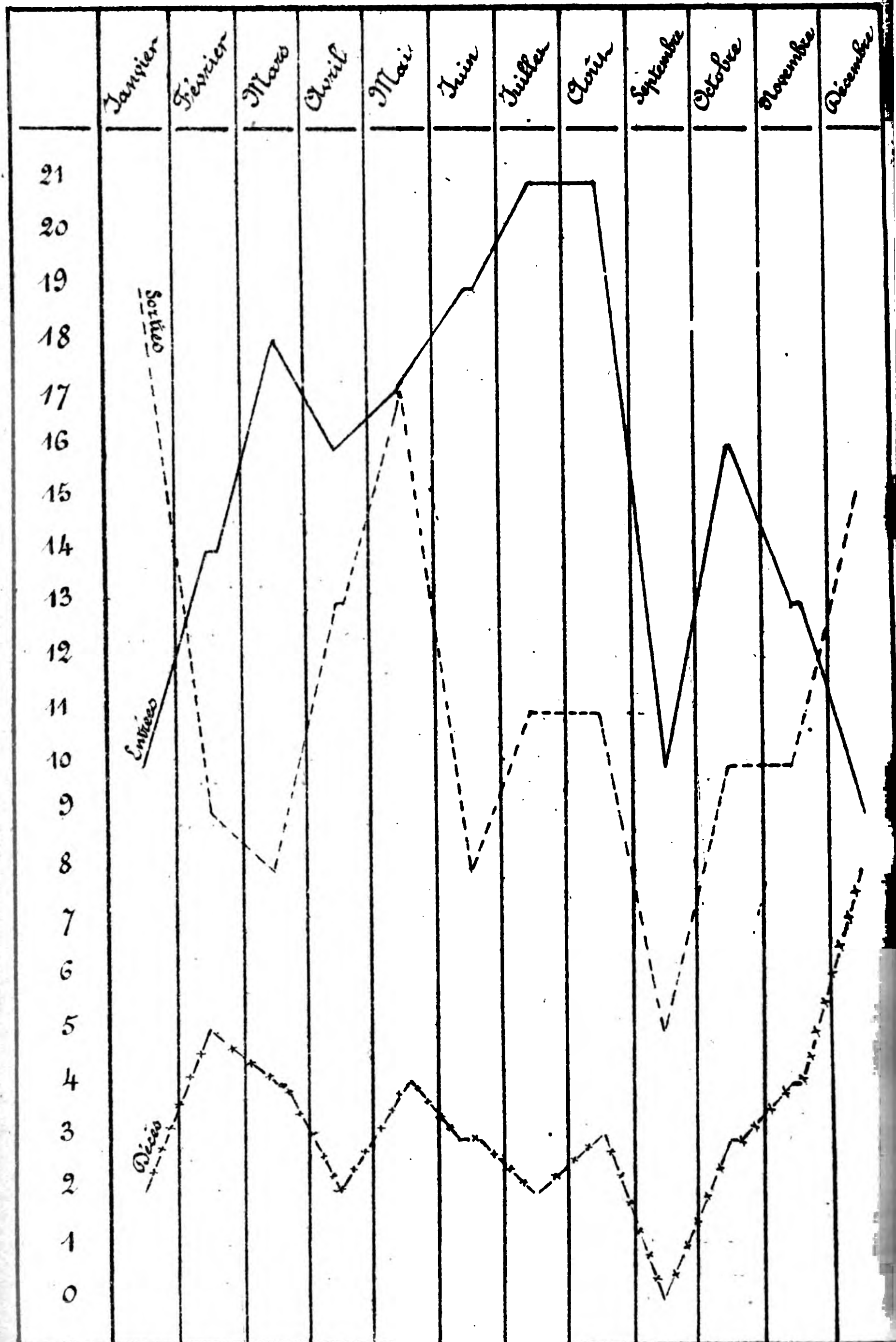
Le mouvement de l'asile paroissial de Lenzie, dans l'année où nous l'avons visité, a été le suivant :

| | | Hommes. | Femmes. |
|---|---|---|---|
| Population au 1er janvier 1890. . . | 551 | 273 | 278 |
| Admissions en 1890. . . . . . . . . . | 184 | | |
| Total des malades traités. | 735 | | |
| Sorties. . . . . . . . . . 136 / Décès. . . . . . . . . . . 40 . . . | 176 | | |
| Reste au 31 décembre 1890. | 559 | 285 | 274 |

La moyenne annuelle des admissions, dans les dix dernières années, a été de 189 (hommes, 90; femmes, 99). On le voit, en 1890, les admissions sont au-dessous de la moyenne des dix dernières années. Ce qui prouverait que l'aliénation n'est pas en voie d'accroissement, bien que la population de la paroisse le soit manifestement.

Le total des patients sortis guéris est inférieur à celui des années précédentes. La proportion de ce nombre, par rapport à celui des malades traités, est de 9,11 pour 100.

Nous rappellerons que Woodilee, en tant qu'asile paroissial, est un quartier d'hospice réorganisé, destiné, en principe, aux cas chroniques. Néanmoins, les efforts des autorités paroissiales, grâce à des sacrifices consi-




Woodilee P. Asylum. Mouvement 1890.

dérables, en ont fait un asile véritable, recevant même des cas aigus curables en traitement; néanmoins, ils restent la minorité, comme on peut le voir par le tableau qui suit :

| ADMISSIONS DE 1890<br>NATURE DE LA MALADIE | | H. | F. | T. | |
|---|---|---|---|---|---|
| Aigus. . . . | Manie aiguë. . . . . . . | 22 | 37 | 59 | 63 |
| | Mélancolie aiguë. . . . | 2 | 2 | 4 | |
| Chroniques. | Manie chronique. . . . | 29 | 27 | 56 | 121 |
| | Mélancolie chronique . | 4 | 7 | 11 | |
| | Démence. . . . . . . . . | 22 | 11 | 33 | |
| | Paralysie générale. . . | 13 | 2 | 15 | |
| | Imbécillité. . . . . . . | 4 | 2 | 6 | |
| | TOTAUX. . . . . . . | 96 | 88 | | 184 |

Il y a eu 40 décès dans l'année (hommes, 26; femmes, 14), ce qui donne une mortalité de 7,2 pour 100, tandis que la moyenne générale des asiles paroissiaux est de 9,1 pour 100.

Une moitié des décès résulte de lésions centrales de l'axe cérébro-spinal, comme on pouvait s'y attendre avec une majorité de chroniques et de séniles; 18 autres ont succombé à des affections viscérales thoraciques (13), ou abdominales (5). Restent un paralytique, mort asphyxié par le bol alimentaire, et un sénile cachectisé.

Remarquons, avec les déments séniles, le nombre relativement grand de paralytiques généraux, qui sont au nombre de 8 parmi les décédés.

La proportion des travailleurs est considérable, comme on peut en juger par le tableau qui suit :

| | Travailleurs. | Population totale. |
|---|---|---|
| Hommes. . . . . . . . | 216 | 284 |
| Femmes. . . . . . . . | 221 | 274 |
| TOTAUX. . . | 437 | 558 |

DÉTAIL DES OCCUPATIONS DES TRAVAILLEURS

| | H. | F. | T. |
|---|---|---|---|
| Ferme et jardins | 162 | » | 162 |
| Propreté des quartiers et service de nuit | 34 | 28 | 62 |
| Magasins et bureaux | 4 | 4 | 8 |
| Buanderie | » | 50 | 50 |
| Cuisine | » | 16 | 16 |
| Couture et tricot | » | 123 | 123 |
| Comme boulanger | 1 | » | 1 |
| — charpentier | 4 | » | 4 |
| — chauffeur | 1 | » | 1 |
| — plombier | 1 | » | 1 |
| — maçon | » | » | » |
| — peintre | 3 | » | 3 |
| — couvreur | 2 | » | 2 |
| — cordonnier | 1 | » | 1 |
| — tailleur | 2 | » | 2 |
| — tapissier | 1 | » | 1 |
| TOTAL des travailleurs | 216 | 221 | 437 |
| Ne sortant que pour prendre de l'exercice, et invalides | 68 | 53 | 121 |
| TOTAL | 284 | 274 | 558 |

Ainsi que nous l'avons dit plus haut, le nombre des gardiens, qui est considérable dans les asiles d'aigus (1 sur 4 malades, Édimbourg), se trouve bien diminué dans les asiles-hospices tels que celui que nous étudions. C'est que, en effet, les malades, ici, peuvent être employés comme auxiliaires, sans inconvénients, ainsi qu'on a pu le voir par le tableau qui précède.

Pour 558 malades, à Lenzie, nous trouvons 72 gardiens et chefs d'ateliers, soit 12,9 pour 100 de surveillants; si l'on en défalque 18 chefs d'ateliers, qui dans la journée sont hors des quartiers, il reste 54 infirmiers, soit 9,6 pour 100.

L'organisation du travail, telle que nous l'avons indiquée, implique la mise à part des chroniques infirmes et alités. Dans ce but il existe, à Lenzie comme à Stirling, un « chronic's block ». Il peut contenir de 150 à 200 lits.

Les terrains de culture mis en exploitation autour de l'asile sont de 458 acres 846. Avec la ferme distincte et les aliénés qui y sont logés, l'asile contient en réalité trois établissements séparés : l'asile central primitif, l'hospice de chroniques alités et la ferme.

Enfin l'Administration, à la suite de l'encombrement, s'est décidée à placer des malades dans les familles, après enquête minutieuse, en 1873.

Le nombre de ces malades n'est encore que de 4 à 5 pour 100 par rapport à la population ordinaire de l'asile.

L'Administration paroissiale les place dans le village voisin de Balfron. Le prix de revient de ces placements, comparé à celui de l'asile, montre tout l'avantange que l'on peut tirer d'une telle méthode au point de vue économique.

| | A L'ASILE | Dans les maisons privées |
|---|---|---|
| Nourriture et entretien | 6 65 | 8 75 |
| Logement | 6 95 | |
| Habillement | » 85 | 1 25 |
| Surveillance. — Soins médicaux | 2 40 | » 90 |
| TOTAUX PAR SEMAINE | 16.85 | 10.90 |

## VISITS TO PATIENTS

I. Patients who have been for more than One Month resident in the Asylum may be visited by Relatives and Friends, on any Saturday, between the hours of 2 and 6 P.M.

II. In cases of serious illness, Visitors may be admitted on any day, between 8 A.M. and 6 P.M., provided permission has been obtained from the Medical Superintendent.

III. As a general rule, it is recommended that visits be not made more frequently than once in four weeks. Too frequent visitation has often an injurious effect upon the recovery of the Patient, by keeping up the connection with home and family matters, which it is frequently of the greatest importance to break off.

IV. No Patient can be seen without a Written Order from the Medical Superintendent or Assistant Physician, one of whom will be in special attendance on Saturdays, for the purpose of affording information to Relatives and Friends regarding the inmates.

V. Visitors are strictly prohibited from bringing any intoxicating liquors within the Asylum.

*Woodilee Asylum (Lenzie).*

JAMES RUTHERFORD, M. D.,
*Medical Superintendent.*

(*Extrait du règlement intérieur de l'asile.*)

# CHAPITRE X

## Colonisation indépendante ou annexée à l'asile

Dès le principe, les colonies agricoles ont été créées pour obvier à l'encombrement qui se produisit dans les asiles quand, par suite de l'application de la loi et avec l'amélioration qui s'effectua dans l'assistance des aliénés, le nombre des admissions progressa.

Il était difficile, souvent impossible, d'agrandir certains asiles enclos dans des propriétés particulières, ou même simplement d'y ajouter de nouveaux bâtiments qui auraient rompu l'harmonie des constructions et les convenances des services intérieurs.

Il parut préférable de créer des annexes qui, sans grands frais d'appropriation, pourraient recevoir des malades et qui, en même temps, permettraient la facile organisation d'un travail susceptible de s'accommoder aux aptitudes de tous.

C'est ainsi que furent fondées les colonies agricoles.

Le résultat de cette création fut tout de suite des plus satisfaisants, car il démontra que bon nombre des malades qu'on abandonnait à eux-mêmes pouvaient être utilisés.

« Le travail est plus qu'une loi pour l'homme, c'est un besoin; on ne pouvait y soustraire l'aliéné » (Parchappe). Il s'agissait donc de diriger et rendre utile une activité qui s'usait dans une agitation stérile, souvent nuisible et dangereuse.

L'aliéné placé dans ces nouvelles conditions se

transforma. L'habitude du travail apporta l'apaisement dans ses manifestations délirantes et devint le meilleur instrument dans l'introduction de l'ordre et des bonnes mœurs dans les asiles. L'exploitation d'une ferme offre, dans ce sens, les meilleurs avantages; car le travail des champs est facile, salubre; il exige peu d'attention, aucun effort intellectuel et peut s'appliquer, sans apprentissage, à la plus grande partie des aliénés qui ont, en général, une prédilection marquée pour les travaux au grand air.

Mais le désir d'arracher les malades au désœuvrement, en les soumettant au travail, ne doit pas faire oublier ce principe fondamental que : « Le travail dans les asiles a pour destination principale le bien-être des malades et que ce n'est que subsidiairement qu'il peut être organisé et conçu comme un moyen de production utile. »

Le travail des aliénés doit donc exclure toute idée de commerce et rester un moyen de traitement.

Cependant il faut bien admettre l'utilisation du travail des aliénés; mais ce serait se faire de grandes illusions que de concevoir l'espérance que son produit arrive constamment à couvrir la dépense de leur entretien.

Le bénéfice le plus net qu'on en obtient en général est le profit qu'on réalise en mettant les terres exploitées, par une main-d'œuvre nombreuse et des engrais abondants, dans des conditions exceptionnelles de fertilité.

La ferme permet d'avoir, sans intermédiaire, le lait, les œufs, les fourrages et d'entretenir sans grands frais les chevaux et les équipages nécessaires à tout grand établissement. Quant aux autres produits de la grande culture, ils sont insignifiants si on les compare à ceux de la culture maraîchère, bien plus profitable au point de vue économique.

Tout d'abord, il est certains malades que l'on peut employer dans l'intérieur de leur quartier ; il n'en est pas un, fût-ce même celui des turbulents, où l'on ne puisse trouver un nombre suffisant de malades capables de faire les principales corvées qu'engendrent les nécessités du service.

Il est bien entendu que tout ce que nous disons ici s'applique spécialement à l'organisation du travail des chroniques dans les asiles *ad hoc*. Dans l'hôpital-asile pour le traitement des aigus, le service intérieur doit être complètement assuré par des infirmiers en nombre suffisant, et il est préférable que l'exclusion des malades auxiliaires enlève toute tentation aux infirmiers de faire faire leur travail par les malades qu'ils sont chargés de surveiller.

L'organisation du travail dans cette première catégorie d'asiles ne peut être faite qu'à titre de traitement, ou à titre d'essai pour les malades sur le point d'être évacués non guéris.

Au contraire, dans l'asile de chroniques incurables et non dangereux, le personnel étant moindre, il n'y a pas d'inconvénients à ce que les dortoirs et réfectoires soient entretenus avec l'aide des malades, de même que les jardins.

Une autre catégorie de malades trouvent à exercer leur profession en travaillant dans des ateliers de divers métiers, qui doivent toujours exister dans les grands établissements.

Mais, pour l'immense majorité, il faut trouver une occupation qui, par son importance en même temps que par sa simplicité, puisse s'adapter à toutes les capacités, sans qu'il soit besoin d'un apprentissage ni d'une attention soutenue. C'est à ce besoin que répond la culture maraîchère de l'asile-ferme, telle que nous l'avons indiquée précédemment. C'est ainsi qu'elle est

généralement organisée dans la plupart des asiles écossais.

Dans les asiles d'aigus (royaux et de district) l'exploitation maraîchère est aussi très développée, autant du moins que le comporte le genre des malades qui s'y trouvent. Mais le plus souvent, on l'a vu par les chiffres que nous avons recueillis, même parmi les aigus, la proportion des travailleurs peut être considérable. Elle est pour le médecin qui les surveille étroitement un puissant adjuvant thérapeutique, en même temps qu'une excellente pierre de touche pour le classement des chroniques à évacuer sur tel ou tel asile industriel, agricole ou hospice d'impotents. Sauf dans les asiles d'aigus ruraux, ces travailleurs sont généralement logés dans le bâtiment commun, où ils reviennent chaque soir et pour les repas.

Inversement, dans les asiles de chroniques, les travailleurs sont logés à la ferme même, sans pour cela échapper à la surveillance médicale indispensable. L'asile proprement dit reste occupé par les impotents, par les entrants récemment évacués des asiles d'aigus et encore en observation, enfin par les affections intercurrentes.

Dès lors, le travail devient la règle, et les résultats qu'on en obtient, tant au point de vue moral qu'au point de vue matériel, sont pleins d'enseignements. L'aliéné se transforme comme l'asile s'est transformé lui-même. L'ordre et le calme règnent, et un des résultats les plus inattendus est que parmi les plus actifs et les meilleurs travailleurs figurent bon nombre de ceux qui, jusqu'alors, avaient passé pour intraitables et incapables d'application. L'exemple les a entraînés et, au lieu de l'agitation continuelle à laquelle ils étaient en proie, au lieu des vociférations, des injures et des menaces qu'ils proféraient sans cesse, on est témoin de

l'apaisement de leur désordre, comme si le travail auquel ils sont soumis et qu'ils finissent par rechercher eux-mêmes avait produit une dérivation salutaire.

Ceux qui se montrent les meilleurs travailleurs sont les délirants chroniques. Il est vrai qu'il faut les stimuler, car ils resteraient volontiers dans l'inaction la plus complète. Mais, une fois formés au travail, ils font preuve d'une docilité et d'une régularité parfaites. Si, à la vérité, ils n'ont pas l'activité et l'entrain, ils ont plus d'égalité dans l'action automatique.

Les épileptiques eux-mêmes, bien que la nature de leur maladie ne permette pas qu'on les occupe indistinctement à tous les travaux, sont employés très utilement dans des circonstances déterminées, et lorsque la marche et les allures de leur affection sont bien connues.

Pour les faibles d'esprit, les imbéciles et les idiots, le degré d'intelligence dont ils disposent rend leurs aptitudes très variables ; tandis que les uns sont incapables de la moindre application, d'autres peuvent devenir de bons ouvriers. Si nous exceptons les incapables, les enfants, les vieillards, tous les aliénés peuvent sans difficulté être soumis au travail.

Cependant l'aptitude au travail ne marche pas parallèlement avec la nature du trouble intellectuel ; car, tandis que certains délirants sont, malgré leur délire partiel et la persistance de leurs hallucinations, d'infatigables travailleurs, d'autres refusent obstinément et de parti pris de s'occuper à quoi que ce soit. Ceux-ci ne se démentent pas ; jamais ils ne consentiront à rendre le moindre service, et on les trouve dans leurs quartiers, seuls et oisifs, pendant que leurs compagnons sont à leurs occupations. D'autres sont capricieux et mobiles, mécontents partout ; on ne peut les déterminer à se fixer au moindre travail. D'autres enfin sont sujets

à caution. Pour eux, travailler c'est sortir de leur quartier où la surveillance n'est jamais en défaut, et où ils n'ont aucun espoir de s'y soustraire. Une fois dehors, ils étudient quels sont les points où la surveillance est le moins active ; à force d'ardeur et de bonne volonté, ils inspirent confiance à leurs gardiens, et un beau jour ils s'évadent. Cependant un gardien expérimenté sait reconnaître ces fausses ardeurs ; il étudie son malade, l'épie et le signale. Ceux-là aussi ne se guérissent jamais de l'idée de l'évasion, quoi qu'ils paraissent, quoi qu'ils promettent, il ne faut jamais les abandonner. Ils forment une classe particulière parmi les travailleurs. Qu'on les emploie, mais jamais là où la surveillance ne peut être parfaite. Il y a donc lieu, même parmi les malades calmes et faciles, de faire une distinction basée sur l'aptitude au travail et la confiance qu'ils peuvent inspirer.

D'ailleurs la crainte des évasions ne doit pas être exagérée ; un asile sans évasions n'est pas un bon asile, disait Foville : il ressemble trop à une prison.

L'organisation du travail a été préconisée dans un but thérapeutique, même pour les présumés incurables. On ne peut méconnaître son influence favorable sur la diminution du désordre mental, et, lorsqu'il ne détermine pas la guérison, tout au moins apporte-t-il l'atténuation des manifestations délirantes. Si l'utilité du travail se bornait à l'influence curative qu'on lui attribue, son importance serait bien diminuée, car les malades susceptibles de guérison ne constituent qu'une bien faible proportion de la population des asiles qui nous occupent ; mais son influence se fait surtout sentir chez les aliénés chroniques, et devient pour eux une source de bien-être, soit qu'on l'envisage comme moyen hygiénique propre à entretenir la santé, soit comme un moyen moralisateur, apportant le calme et le repos et

éloignant de leur esprit malade la tristesse et l'ennui. Et puis on peut dire que l'asile de chroniques, en raison du très grand nombre de malades incurables qu'il reçoit et doit garder, pour ainsi dire indéfiniment, a pour destination principale d'être un refuge pour ces malheureux que la société rejette de son sein. Ne faut-il pas leur créer une existence nouvelle, aussi douce, aussi large que peut le comporter leur état? C'est pour eux surtout que le travail doit être organisé, leur bien-être étant plus étroitement lié que celui des autres hommes à l'observation de la loi du travail.

En France, il faut bien le dire, le système de l'annexion aux asiles de domaines culturaux assez vastes pour occuper tous les malades susceptibles de travail est suivi depuis fort longtemps, mais avec cette différence qu'il n'y a pas le dédoublement essentiel de l'asile en hôpital d'aigus et hospice d'incurables; il en résulte l'inconvénient inhérent au mélange de deux catégories aussi différentes et d'où s'ensuivent inévitablement le débordement du service médical et la disparition des curables parmi les chroniques accumulés.

Nous reprendrons, dans un tableau comparatif du système colonial appliqué dans les différents pays, les essais faits en France dans le même sens.

Nous nous contenterons de rapprocher ici les principes dont nous avons trouvé l'application en Écosse et ceux formulés par les médecins aliénistes français en plusieurs circonstances.

Au Congrès international d'assistance publique (1889), à la suite d'un rapport très étendu de M. Kéraval et d'une discussion à laquelle ont pris part MM. Rhodes, Bagenoff, Ch. Féré, Charpentier, les conclusions suivantes, proposées par M. Magnan, ont été adoptées :

1° L'asile doit être considéré comme un instrument de guérison et de traitement;

2° A côté de l'asile, les *colonies agricoles* et l'assistance familiale doivent être développées le plus largement possible, pour obvier à l'encombrement des asiles ;

3° Le médecin traitant indiquera les catégories de malades qui seront en état de jouir de l'assistance familiale, et surveillera les colonies agricoles.

Le Congrès international de médecine mentale (1889), après une lecture de deux mémoires de MM. Baume et Taguet, suivie d'une discussion de MM. Charpentier, Falret, Christian, Féré, Delasiauve, Vallon, Labitte, Soutzo, Cullère, a émis le vœu qu'il soit établi des colonies agricoles et des sociétés de patronage des aliénés, dans tous les pays, quand ce sera possible.

Les colonies agricoles devront être à proximité et *dépendantes* des asiles d'aliénés (1).

(1) Conclusions. — *Première proposition.* — Les asiles publics sont destinés à recevoir *en traitement* ou *en observation* les aliénés curables et les aliénés ou idiots dangereux. La durée de la période de traitement ou d'observation est laissée à l'appréciation du médecin en chef.

Dans un délai de cinq ans à partir de la promulgation de la loi, les départements devront créer, sous le nom de colonies agricoles, des annexes *distinctes*, quoique *dépendantes* et aussi rapprochées que possible des asiles publics, pour y déverser les aliénés ou idiots valides, paisibles, et ayant achevé, à l'asile, leur période de traitement ou d'observation.

Ces colonies agricoles, qui relèveront de l'Administration de l'asile, seront placées sous les soins immédiats d'un médecin adjoint, d'un agent comptable, d'un chef de culture et de préposés en nombre suffisant.

*Deuxième proposition.* — A l'asile, comme à la colonie, le travail des aliénés sera développé sur la plus vaste échelle, dans un triple but d'hygiène et de traitement, d'ordre et d'économie, d'assistance et de patronage.

Le montant de la vente et le montant de l'évaluation des produits réservés à la consommation de la colonie ou de l'asile seront attribués comme suit :

Un dixième aux pécules des aliénés travailleurs ;

Un dixième au fonds de réserve à créer pour l'œuvre du patronage, et les huit autres dixièmes au profit de l'asile, pour amortir les frais de fondation de la colonie et diminuer ensuite les charges de l'Assistance.

Il sera créé dans chaque département une Société de patronage (avec membres correspondants dans chaque commune) chargée de suivre et au besoin d'assister à domicile les aliénés indigents, en faisant appel aux

Dans le rapport fait au sein de la Société médico-psychologique, dès 1865, sur la question de l'encombrement des asiles, M. J. Falret formulait les principaux remèdes préconisés, sous forme de quatre propositions principales :

1° *Création de fermes agricoles enclavées dans les grands asiles ou simplement annexées, dont les constructions, l'organisation et les règlements donneraient aux aliénés plus de liberté relative, plus de bien-être et un genre de vie plus rapproché de celui de l'homme en société;*

2° Placement de quelques aliénés choisis par le médecin dans le voisinage des grands asiles, chez des paysans, des infirmiers ou des habitants des villages voisins, *sous le contrôle du médecin-directeur* (c'est là à peu près ce que les Anglais appellent le « cottage system », que l'on peut subdiviser en deux parties selon que ces habitations isolées sont situées dans l'enceinte même de l'asile ou au dehors) ;

3° Création de villages d'aliénés pour les malades incurables et inoffensifs ;

4° Séjour de certains aliénés dans leurs propres familles avant leur entrée dans les asiles, *ou mieux, après y avoir résidé plus ou moins longtemps*, lorsque le médecin de l'asile juge possible de les renvoyer chez

subventions publiques et aux ressources de la charité privée. Les aliénés indigents sortant des asiles seront assistés à l'aide de leurs pécules et du fonds de réserve ci-dessus mentionné.

*Troisième proposition*. — Pour assurer l'exécution fructueuse de la loi et le contrôle de toutes les parties du service des aliénés, l'inspection générale comprendra : un inspecteur général résidant à Paris et neuf inspecteurs régionaux répartis dans les départements. Ces postes seront réservés, à titre d'encouragement et de récompense, aux directeurs et médecins en chef d'asiles qui se seront le plus distingués dans l'exercice de leurs fonctions.

(*Congrès international de médecine mentale : Assistance et patronage des aliénés. — Colonies agricoles. — Inspecteurs généraux*, par M. le docteur Baume.)

eux comme inoffensifs ou incurables, moyennant une rétribution annuelle.

Enfin, M. le docteur Dagonet, dans son étude sur les réformes à introduire dans le régime des aliénés, rappelle que Ferrus comme Esquirol ont insisté sur la nécessité du travail; ils ont fait remarquer que dans toutes les maisons, en France comme à l'étranger, où les aliénés ont été soumis à un travail manuel, les guérisons ont été plus nombreuses. Aussi faut-il varier les moyens de travail pour les proportionner aux forces physiques et aux habitudes des malades. Des ateliers doivent être institués pour que chacun puisse choisir le métier qui lui convient.

Un asile-colonie ne sera organisé d'une façon convenable qu'à la condition de posséder de ce côté les ressources nécessaires, le travail en plein air, celui des fermes, des jardins, des ateliers pour les menuisiers, les serruriers, les cordonniers, les tailleurs. Pour les femmes, en dehors des occupations de ménage, les travaux de couture doivent être encouragés; quelques autres industries peuvent être établies : métiers à coudre, broderie, etc.

Le principe de la colonisation de travail pour les aliénés chroniques nous paraît clairement adopté par la majorité des aliénistes compétents; mais il s'agirait de savoir si cette colonisation doit être *indépendante* ou constamment *annexée à un asile*.

En ce qui concerne l'Écosse, la question est nettement tranchée dans le sens de l'annexion des colonies aux asiles; il n'existe de colonies indépendantes que les colonies familiales, encore ne le sont-elles pas toutes, et pour Woodilee, par exemple, les placements familiaux sont faits de l'asile dans le village voisin de Balfron, comme on l'a vu.

Mais la colonie familiale ne doit pas être confondue avec celle qui nous occupe, qui est une agglomération des malades embrigadés en quelque sorte directement par l'Administration pour des entreprises industrielles ou agricoles; nous reviendrons plus loin sur le système familial écossais.

Mais pour les colonies vraies, indépendantes, comme elles n'existent pas en Écosse, il y a lieu d'étudier d'autres pays où le système est appliqué.

Dans ce but, nous avons dressé une sorte de tableau comparatif des principaux essais tentés en Amérique, en Italie, en Allemagne, en Autriche et en Russie.

Pour ces recherches, nous avons eu recours à l'obligeance de notre excellent confrère, M. le docteur Targowla, qui a bien voulu mettre à notre service sa parfaite connaissance des langues allemande et russe.

Amérique. — En Amérique, la multiplicité des législations et la décentralisation administrative font que les systèmes les plus variés sont appliqués dans des États voisins et aussi dans le même État. Nous n'en voulons pour preuve que les études du docteur Wise, de l'asile de Willard, dans l'État de New-York, celles de M. Stedman, du Massachusetts, et du docteur G. Palmer, de Kalamakoo (Michigan).

Elles montrent que, là aussi, on s'attache à séparer les chroniques des aigus curables, et, pour cela, on les répartit dans des domaines culturaux, dans des colonies autonomes et dans des villages groupés autour d'un petit asile qui permet de poursuivre le traitement. (Pour le Massachusetts, il existe un village de ce genre avec 180 malades en famille autour d'un pavillon-asile.)

C'est là une combinaison de la colonie proprement dite et du système familial, quelque chose comme un

diminutif de Gheel, tel qu'on tend à l'organiser avec son infirmerie-asile au milieu.

Ce système a donné de bons résultats à tous les points de vue, même sous le rapport économique, en permettant de faire une installation moins complexe que celle des autres asiles. Mais le docteur Wise n'est point exclusif et, pour les aliénés chroniques, il admet que le système colonial proprement dit et l'hospitalisation dans les familles peuvent donner de bons résultats. Il croit cependant que celle-ci n'offre pas d'avantages économiques réels, car elle prive les asiles des aliénés les plus industrieux, de ceux qui leur seraient utiles, et il préfère le système de l'État de New-York (colonies).

ITALIE. — Le principal établissement de ce genre est le Manicomio de Saint-Lazare, près Reggio, qui ne rappelle en rien un hôpital, mais qui est plutôt un village de 700 malades travailleurs, dont 200 femmes. Dans la « Colonia agricola Zani », plus de 100 malades ont aussi leurs habitations et mènent une vie libre d'agriculteurs. En outre, une verrerie et une laiterie et plusieurs ateliers variés, ainsi que la culture du ver à soie, y existent.

Les colonies-asiles de Monbello, près Milan, et d'Imola, en Émilie, occupent leurs malades aux travaux les plus divers.

M. Pisani, directeur de l'établissement de Palerme, signale aussi que l'agriculture, largement pratiquée dans son asile-colonie, est excellente pour les aliénés.

A Rome même, il existe un asile-village dont M. Pons vient de donner la description dans les *Annales médico-psychologiques*.

ALLEMAGNE. — Le château d'Altscherbits (Saxe), acheté par le gouvernement allemand pour en faire une maison d'aliénés, a été organisé par Kœppe en

une grande colonie agricole, avec une population de 500 aliénés.

Le professeur Westphal dit de cette colonie :

« La splendide propriété d'Altscherbits, en Saxe, est cultivée exclusivement par les mains des aliénés et donne des résultats économiques admirables.

« L'air de la campagne et le travail des champs sont aussi nécessaires pour les cas aigus que pour les cas chroniques. La colonie doit donc être une et ne peut pas être divisée en asile et en colonie. Le travail est aussi indiqué pour les cas récents et pour les inguérissables. »

Le docteur Petz ajoute, dans son rapport de 1881-1882, que 90 pour 100 des malades travaillent actuellement et qu'ils sont aptes à travailler dans toutes les branches du travail agricole (y compris la culture au moyen des machines).

*Bethel.* — Le pasteur von Bodelschwingh a fondé, à Bethel, une ville d'épileptiques, dans un coin de la forêt de Tevtobourg, près de la petite ville de Bilfeld, en Westphalie. En 1867, il y avait 4 garçons épileptiques dans une petite maisonnette paysanne. Le nombre atteint plus de 1000 actuellement (1). Les malades s'aident mutuellement dans les cas d'accidents. La colonie se suffit par le travail des malades ; elle est répartie dans 55 maisons disséminées. Il y a des malades hommes et femmes, groupés suivant leur profession et sous la surveillance d'un infirmier avec sa famille dans chaque maison ; ces derniers vivent et mangent avec les malades. La colonie est ouverte et la circulation libre.

Une petite colonie, à Altbourg, en Wurtemberg, compte 40 malades ; elle a produit, en 1889 :

(1) Le récent rapport de Rieger donne une population de 1200 malades

| | | |
|---|---|---|
| 1. Pâturages. . . . . . . . . . . . . | 265.000 | kilogrammes. |
| 2. Orge . . . . . . . . . . . . . . . | 8.500 | — |
| 3. Blé . . . . . . . . . . . . . . . . | 1.500 | — |
| 4. Avoine . . . . . . . . . . . . . . | 13.800 | — |
| 5. Pommes de terre et haricots. | 35.000 | — |
| 6. Autres légumes . . . . . . . . . | 35.000 | — |
| 7. Fruits vendus . . . . . . . . . . | 121.000 | — |
| 8. Lait. . . . . . . . . . . . . . . . | 126.350 | litres, etc. |

Récemment on a encore ouvert deux nouvelles colonies agricoles en Allemagne : l'une, en 1883, à Gabersée, en pays montagneux; l'autre à Emmendingen (Baden), ouverte l'année dernière.

Ajoutons la colonie de Tchardras, la plus ancienne d'Allemagne (docteur Voppel) et celle d'Ilten, près de Hanovre (docteur Wahrendorff). Dans ce dernier établissement, le prix d'entretien de chaque malade ne s'élève pas à plus de 337 fr. 50 l'an.

En Autriche-Hongrie existe aussi une colonie, à Slup, près de l'asile de Prague.

Aux environs de Brême, la colonie de Ellen hospitalise des malades qui coûtent de 10 à 37 francs par mois.

Russie. — D'après la statistique fournie par le département médical du Ministère de l'Intérieur russe, il y a plus de 400 000 aliénés en Russie.

Il résulte des calculs du docteur Ragozine que 75 pour 100 de ce nombre sont dangereux pour la sécurité publique, soit 300 000. De ce nombre, 18 000 seulement sont hospitalisés.

Il y a donc urgence absolue d'aviser, en multipliant les modes d'assistance.

Le docteur Lion préconise, pour cela, le système de colonies d'aliénés, colonies agricoles surtout.

« Le travail y est en même temps traitement et nourrice. »

Il n'est pas seulement pour une catégorie de malades, mais pour tous. Il doit être ordonné par le

médecin, pour chaque malade en particulier, comme traitement.

En Russie, le travail des aliénés est organisé dans six établissements coloniaux. Les plus importants sont ceux de *Kolmovo*, *Saratow*, *Bourachef*.

*Kolmovo.* — La colonie la plus ancienne est Kolmovo, près Novgorod; organisateur, docteur Chpakowski.

De l'avis de tous ceux qui ont vu cet établissement, le travail productif a une importance très bienfaisante. Pour les cinq sixièmes des aliénés, le travail est un traitement puissant.

*Saratow.* — Le docteur Bielinski se priverait plutôt de la pharmacie que du travail pour ses aliénés.

Plusieurs membres du Zemstvo (Conseil général) ont pu constater que les malades, qui étaient antérieurement agités et alcooliques, travaillent pacifiquement et tranquillement (MM. Gourief, Tosen et Bielopolski).

*Bourachef.* — Le rapport du docteur Litvinoff sur la colonie des aliénés de Bourachef (gouvernement de Twer), où le travail à l'air libre est organisé, constate que plusieurs malades doivent leur guérison au travail.

En France, des tentatives analogues ont été faites; la plus ancienne colonie de ce genre est celle de Saint-Luc (Hautes-Pyrénées). En 1869, 37 hectares de terre y étaient cultivés, et on y élevait en même temps les vers à soie, grâce à des plantations de mûriers alors florissantes (docteur Auzoui, *Annales médico-psychologiques*, juillet 1869).

Des colonies familiales ont été aussi organisées dans les Vosges.

Le défaut capital de toutes ces tentatives chez nous, c'est qu'elles s'appliquent à tous les malades (aigus et chroniques) indistinctement et ne reposent pas sur une sélection complémentaire préalable indispensable.

Entrer dans une telle voie serait un recul, alors qu'on doit tendre au contraire à la spécialisation des services et au classement détaillé des malades.

Comme le dit M. Reinach dans son projet de loi revisée : « Les établissements publics devront comprendre des quartiers annexes, distincts pour les épileptiques d'une part et pour les idiots et les crétins. »

L'idéal serait de grouper les aliénés par diagnostic et ensuite par degré d'instruction et niveau social. Ainsi on leur créerait un milieu convenable tout à fait propice à l'organisation d'un travail agréable et fructueux.

Non seulement il faudrait séparer les aigus des chroniques, mais encore distinguer entre ces derniers les séniles d'une part, les congénitaux adultes, les convulsifs, etc.

C'est à dessein que nous disons « congénitaux adultes », car les arriérés enfants relèvent d'institutions pédagogiques faites pour les préparer à la colonie de travail ou au placement familial.

Restent les convulsifs, les épileptiques, trop souvent mêlés aux précédents.

Dans sa remarquable étude pour le Congrès de Lyon 1891, M. Lacour rappelle que l'assistance spécialisée des épileptiques dans des colonies voisines, mais indépendantes des asiles, a été réclamée dès avant la législation de 1838.

Lunier, Parchappe et Ferrus réclamaient pour eux la création de colonies agricoles avec asile central.

La colonie de John Bost, à La Force (Dordogne) comprend, outre les villages d'idiots, d'aveugles, etc., quatre colonies d'épileptiques : Eben-hezer, Siloë, Bethel, la Compassion.

Le docteur Rolland assure le service médical, et le prix maximum de chaque malade ne coûte pas à l'initiative privée plus de 400 francs par an.

La Teppe, près Tournon, comme La Devèze, près Saint-Flour, assiste 260 épileptiques dans les anciennes propriétés des comtes de Larnages, fondateurs.

Enfin, à Lyon, la colonie du Perron donne les meilleurs résultats.

Dans la Seine, grâce à l'initiative du docteur Bourneville, l'assistance médico-pédagogique des épileptiques enfants est assurée en même temps que celle des jeunes idiots; mais, outre le mélange des deux catégories de malades, on peut critiquer l'absence d'établissement spécial pour les adultes épileptiques et arriérés, qui sont placés avec les autres pensionnaires des asiles, aliénés aigus et chroniques, sans organisation spéciale du travail, ni pour les uns ni pour les autres.

M. Belloc, ancien médecin-directeur d'Alençon, partisan de ce mélange, soutenait qu'il suffisait d'une colonie agricole assez grande pour assister tous les aliénés d'un département et l'exonérer complètement des dépenses nécessaires à cette assistance.

On ne peut admettre la proportion de 75 pour 100 de travailleurs, affirmée par cet auteur, qu'à la condition d'une sélection préalable qu'il rejette; encore est-ce avec ce correctif que le travail des aliénés n'équivaut guère en moyenne générale qu'au cinquième de celui des ouvriers ordinaires.

Dans ces conditions, nous ne voyons pas comment, dans la ferme indépendante comme l'entend l'auteur, tous les malades seraient employés fructueusement.

A ne compter que les 25 pour 100 d'inoccupés qu'il admet lui-même, il serait nécessaire de créer des conditions spéciales d'habitation et de placement non prévues dans une colonie de ce genre.

L'existence d'un asile, serait-il réduit à un pavillon d'infirmerie, s'impose; dès lors la colonie n'est plus indépendante, mais annexée.

D'autre part, les inspecteurs généraux français (Rapport de 1874) ont fixé les limites extrêmes de l'extension des colonies agricoles. Elles doivent comprendre en moyenne 10 hectares par 100 malades (15 pour les hommes, 5 pour les femmes); au delà, on n'en pourrait tirer qu'un bénéfice insuffisant par rapport au prix d'achat (moins de 5 pour 100). Tels sont les résultats de l'expérience faite en France sur une grande échelle, résultats auxquels M. le docteur Brunet venait encore donner la confirmation de sa longue pratique au Congrès de Rouen 1890.

Pour tous ces motifs, il y a lieu de conclure au rejet de la colonie indépendante proprement dite, à laquelle on doit préférer la colonie annexée à un asile important, ou mieux les colonies familiales nombreuses, spéciales pour certaines catégories de malades (avec exclusion des cas aigus) et groupées autour d'un petit asile central qui assure la surveillance médicale et les facilités d'isolement en cas d'exacerbations inopinées dans l'état mental ou nerveux.

Les colonies autonomes, telles que les ont préconisées Belloc et d'autres, ne pourraient que paralyser encore le côté scientifique et vraiment médical du service auquel on reproche déjà d'être inefficace; elles courraient en outre le gros risque de tourner à l'exploitation des malades travailleurs au profit des départements, au lieu d'être des instruments d'assistance. Nous venons d'étudier les colonies d'aliénés; il nous reste à étudier le système familial proprement dit, mais auparavant nous rapporterons dans un appendice les déductions pratiques relatives à l'application du système colonial autonome, d'après ses partisans.

# APPENDICE AU CHAPITRE X

Les dépenses pour l'entretien d'une telle colonie peuvent-elles être couvertes par le produit du travail des malades?

Girard des Cailleux tendrait à le prouver dans son travail (*Spécimen du budget d'un asile d'aliénés*, 1855). Auzoui, de Saint-Luc et Belloc (d'Alençon) pensent de même, on l'a vu.

En Allemagne, Griesinger (*Ueber Irren anstalten und deren Weiteren twievelung im Deutschland*) et Kœppe (*Ueber die Lanowirthschaft in der Psychiatrie*), Congrès des aliénistes allemands, 1876, sont du même avis.

En Russie, Lion (*Considérations sur le budget d'une colonie d'aliénés*) dit que le budget peut être réduit aux articles suivants :

| | | |
|---|---|---|
| 1. Vivres. | 48 | pour 100. |
| 2. Personnel. | 20 | — |
| 3. Inventaire (mobilier, linge, etc.) | 15 | — |
| 4. Entretien. | 8 | — |
| 5. Chauffage, éclairage | 6 | — |
| 6. Divers | 3 | — |

Les vivres occupent la première place dans le budget des meilleurs établissements coloniaux.

A Saratow, la nourriture est mauvaise; les dépenses n'atteignent que 30 pour 100 du budget.

A Twer, la nourriture est meilleure : 40 pour 100.

A Altscherbitz, la nourriture est excellente : 50 pour 100.

Tout établissement colonial bien organisé peut se suffire pour ses vivres, et même en vendre.

A Altscherbitz, en 1887-1888 :

| | | |
|---|---|---|
| Pain. | Production. . . . . . | 131.131 kilogrammes. |
| | Consommation. . . . | 104.910 — |
| | Excédent. . . . . | 28.221 kilogrammes. |
| Lait. | Production. . . . . . | 186.085 litres. |
| | Consommation. . . . | 141.910 — |
| | Excédent. . . . . | 44.175 litres. |
| Œufs. | Production. . . . . . | 68.015 Nos |
| | Consommation. . . . | 68.015 — |
| | Excédent. . . . . | » |

A Saint-Urbain (Suisse), à Kolmovo, à Bouraschef, à Altembourg, tout est produit par la ferme.

Les dépenses, pour le personnel, varient entre 17 pour 100 et 45 pour 100.

« A mesure que les aliénés ont de l'air et de la lumière, qu'ils sont mieux nourris, qu'ils ont plus de liberté et que le travail est mieux organisé, ils demandent un personnel plus restreint, par conséquent moins de dépenses. »

A Saratoff, où les malades sont mal à tous les points de vue, le personnel absorbe 45 pour 100 du budget.

A Twer, où les malades sont mieux, le personnel coûte 31 pour 100 du budget.

A Novgorod, où le travail agricole est mieux organisé, les dépenses pour le personnel constituent 26 pour 100 du budget.

A Altscherbitz, la colonie agricole allemande la mieux organisée, le personnel n'entre que pour 17 pour 100 du budget.

« Le personnel, aussi bien dans les services généraux que dans le service médical auxiliaire, peut être remplacé en grande partie par des malades (!!!). »

L'auteur réduit les dépenses pour le personnel à 11 pour 100 (plusieurs preuves, exemples, chiffres, etc., à l'appui).

« L'inventaire et l'entretien s'effectuent, dans plu-

sieurs établissements bien administrés, par les malades.

« Le chauffage et l'éclairage peuvent être fournis en partie par l'établissement. Avec les dépenses diverses, cela constituera pour les Zemswo (Conseils généraux) une dépense de 5 pour 100 du budget, c'est-à-dire 30 à 40 francs par malade et par an, avec possibilité d'admissions illimitées des malades. »

---

# CHAPITRE XI

## Placement des aliénés dans les familles

Nous croyons utile de rapporter tout d'abord un bref exposé tiré des rapports des commissaires sur l'état du système familial en Écosse et les résultats de l'inspection officielle qui en est organisée.

Tous les pensionnaires, s'ils sont détenus dans des établissements d'aliénés, sont soumis au contrôle des Commissioners in Lunacy of Scotland et tous les aliénés indigents placés dans des asiles ou chez des particuliers leur sont signalés et, dès lors, couchés sur des registres *ad hoc* et soumis aux inspections.

Mais dans le cas de pensionnaires placés chez des particuliers, c'est-à-dire de non-indigents non internés, il faut, pour que l'inspection s'en occupe, trois circonstances :

1° Soit que le particulier qui a recueilli l'aliéné en fasse une spéculation et que ce dernier présente un désordre mental constituant l'aliénation confirmée;

2° En dehors de la spéculation du particulier, si le malade l'est depuis plus d'un an et est l'objet de séquestration forcée à la chambre avec moyens de *restraint* et de coercition quelconques, en un mot s'il est soumis à de mauvais traitements;

3° S'il possède des biens qu'une Cour de justice ait placés en curatelle.

Ainsi on comprendra qu'un certain nombre de patients, vivant en famille et n'étant l'objet d'aucune

exploitation ni de traitements cruels et trop restrictifs de leur liberté, demeurent en dehors des inspections.

Enfin il suffit également, pour que les inspecteurs ne les visitent pas, que des malades, même placés chez des particuliers en locataires, soient l'objet d'un rapport médical ne concluant pas à l'aliénation caractérisée et permettant de penser que la durée du placement pourra ne pas excéder six mois.

Ainsi garantis de tout abus en ce qui concerne les quelques aliénés qu'ils n'inspectent pas, les commissioners appliquent tous leurs soins à l'inspection des autres, dont le nombre est encore considérable.

Ce nombre, comme on peut le voir par les tracés ci-joints, est variable et, bien qu'actuellement en accroissement, a été en diminuant dans la période de 1860 à 1876 (voy. p. 23). C'est que les préventions contre le système ont eu leurs avocats, en Écosse, et à une époque où le système familial paraissait condamné chez nous, consécutivement aux discussions des Sociétés savantes, le corps médical écossais semble en avoir subi le contre-coup. Mais l'un des inspecteurs, A. Mitchell, dès le début, lutta contre ces préventions et montra que les attaques dont le système était l'objet portaient sur des points d'application défectueux, mais susceptibles de perfectionnement. Et, de fait, il entreprit, dans sa sphère, l'amélioration des installations matérielles, l'éducation des nourriciers, et convainquit ses collègues de l'inspection qui l'imitèrent, et, dès 1878, le nombre de cette catégorie de malades se releva. De 1385 où il était tombé, il ne cessa de s'élever depuis, et à l'heure actuelle ce système développé et constamment perfectionné par l'inspection assiste un nombre de malades presque égal à celui qu'assistaient au début les asiles fermés. L'ascension de la courbe du ***Private dwelling***

*system* atteint en effet le point de départ de celle de l'assistance par les asiles.

Si, d'autre part, on considère le nombre des malades soumis au premier système par rapport au nombre total des aliénés d'Écosse, on voit que la proportion 2428 sur 11 664 donne 20,81 pour 100 de malades jouissant du patronage familial.

Rappelons que nous ne comptons ici que les placements familiaux contrôlés par l'inspection et qu'il y en a encore en dehors de ce nombre jusqu'à 31 sur 69 = 44,9 pour 100 dans certains comtés (Inverness et Caithness).

La répartition des malades est variable suivant les comtés, ce qui tient autant aux tendances doctrinales des inspecteurs locaux et des médecins d'asiles qu'au nombre et à l'importance de ces asiles eux-mêmes dans les différents comtés.

C'est ainsi que pour les comtés du Nord (Shetlands et Orknays) 55 sur 94 et 53 sur 57, soit 58,51 et 92,98 pour 100 sont placés dans les familles.

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| A Aberdeen . . . . | 122 | sur | 727 | soit | 16,78 | pour 100. |
| A Argyll . . . . . . | 77 | sur | 364 | soit | 21,15 | — |
| A Ayr. . . . . . . . | 97 | sur | 524 | soit | 18,51 | — |
| A Bauff. . . . . . . | 52 | sur | 194 | soit | 26,80 | — |
| A Berwick . . . . . | 37 | sur | 100 | soit | 37,00 | — |
| A Bute . . . . . . . | 15 | sur | 66 | soit | 22,72 | — |
| A Caithness. . . . . | 74 | sur | 160 | soit | 46,25 | — |
| A Clackmannan . . | 5 | sur | 48 | soit | 10,41 | — |
| A Dumbarton . . . | 19 | sur | 147 | soit | 12,92 | — |
| A Dumfries . . . . | 38 | sur | 178 | soit | 21,34 | — |
| A Edinburgh. . . . | 276 | sur | 1005 | soit | 27,46 | — |
| A Elgin. . . . . . . | 46 | sur | 166 | soit | 27,71 | — |
| A Fife . . . . . . . | 108 | sur | 469 | soit | 23,03 | — |
| A Forfar . . . . . . | 154 | sur | 781 | soit | 19,71 | — |
| A Haddington . . . | 20 | sur | 127 | soit | 15,74 | — |
| A Inverness . . . . | 194 | sur | 406 | soit | 47,78 | — |
| A Kincardine. . . . | 7 | sur | 80 | soit | 8,75 | — |
| A Kinross . . . . . | 8 | sur | 24 | soit | 33,33 | — |
| A Kirkendbright. . | 23 | sur | 90 | soit | 25,55 | — |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| A Lanark...... | 379 | sur | 2102 | soit | 18,03 | pour 100. |
| A Linlithgow ... | 16 | sur | 98 | soit | 16,32 | — |
| A Nairn....... | 4 | sur | 28 | soit | 14,28 | — |
| A Peebles...... | 3 | sur | 26 | soit | 11,53 | — |
| A Perth....... | 113 | sur | 445 | soit | 25,39 | — |
| A Renfrew..... | 68 | sur | 426 | soit | 15,96 | — |
| A Ross....... | 114 | sur | 306 | soit | 37,25 | — |
| A Roxburgh.... | 19 | sur | 123 | soit | 15,44 | — |
| A Selkirk...... | 6 | sur | 27 | soit | 22,22 | — |
| A Stirling...... | 35 | sur | 248 | soit | 14,11 | — |
| A Sutherland.... | 36 | sur | 87 | soit | 41,37 | — |
| A Wigtown .... | 43 | sur | 115 | soit | 37,39 | — |

L'an dernier, il y avait 131 placements de ce genre pour les pensionnaires et 2297 pour les indigents, soit un total de 2428.

53 des pensionnaires étaient en outre interdits et la curatelle de leurs biens ordonnée par jugements des Cours des sessions ou des shériffs.

45 sur le nombre total (pensionnaires et indigents) étaient placés dans des maisons spécialement autorisées à recevoir le maximum de 4 patients.

Voici ce que dit à ce sujet M. le docteur Fraser :

« J'ai à signaler que la situation et la surveillance de ces malades est à généralement parler des plus satisfaisantes. Leur installation et leur entourage sont parfaitement en rapport avec la pension payée et ils jouissent de la liberté et du privilège de la vie de ménage. »

M. le docteur Lawson dit de même :

« Je n'ai eu en aucune circonstance l'occasion de faire d'observations concernant les modifications à apporter à la façon dont étaient traités ces malades. J'ai trouvé qu'ils étaient assistés d'une manière appropriée à leur état mental (chronicité) et en rapport avec leurs habitudes sociales antérieures. »

Le nombre des malades ainsi placés a augmenté depuis 1888 ; il était de 2270 ; l'année suivante, il a été de

2297. Cet accroissement de 27, quoique faible, n'est pas dû à l'action des autorités de quelques paroisses, comme le cas s'était présenté pour l'accroissement analogue des années précédentes.

Il y a eu augmentation dans la plupart des comtés. Ceux au contraire où il y a eu diminution sont ceux d'Aberdeen, Ayr, Fife, Haddington, Kincardine et Perth, où existent de nombreux et grands asiles.

Mais on ne saurait trop recommander aux autorités paroissiales toute l'importance qu'il y a à tenir la main à évacuer les chroniques des asiles par le moyen du Private system.

« Nous sommes heureux de voir que généralement elles comprennent l'urgence qu'il y a à faire cesser un internement qui n'est plus utile et porte sur un malade qui n'est plus dans les conditions où le traitement à l'asile puisse lui être profitable. » (Rapport d'inspection pour 1891.)

Nous empruntons d'autre part au rapport de l'inspection de M. le docteur Fraser les passages caractéristiques qui suivent :

Les avantages qui résultent du transfèrement dans des ménages privés des aliénés tout d'abord traités à l'asile sont :

1° La restitution d'un domicile et d'un entourage habituels ;

2° Une augmentation proportionnelle de contentement (en même temps qu'une diminution de prix coûtant) ;

3° Un bien-être matériel inhérent à la maison privée ;

4° Une modification heureuse de l'état mental ;

5° Une plus grande facilité de se rendre utile pour subvenir à ses besoins et avoir quelque petit emploi rémunéré.

1. — La vie de cottage ou dans un ménage de travailleurs a été considérée comme ne convenant guère à des aliénés indigents incurables ou affaiblis, et la maison du paysan a été, à ce point de vue, assez malmenée.

Néanmoins il faut bien se rappeler que l'immense majorité des aliénés indigents sont nés et ont vécu dans ce milieu et avec le même genre de vie, qu'ils y ont toujours été habitués et qu'il leur est en quelque sorte congénital. Le principe du Private system consiste à tirer le malade d'un milieu en quelque sorte artificiel (l'asile) pour le replacer dans son milieu habituel, autrement dit dans ses conditions naturelles d'existence.

Envoyés à l'asile de la maison du travailleur ils y reviennent, et quelque excellent que puisse être l'asile où ils étaient placés, une fois que l'état aigu susceptible d'y être traité a passé à la chronicité ou à l'incurabilité, il n'y a pas de méthode préférable à celle qui consiste à rendre le malade à des conditions de vie aussi identiques que possible à celles de son milieu naturel antérieur.

2. — J'ai remarqué une expression générale de satisfaction parmi les malades dans les familles. Il est très rare qu'ils demandent à être renvoyés à l'asile d'où ils viennent. Au contraire, quand on menace d'y renvoyer un malade qui se conduit mal, c'est un moyen d'avoir de lui la promesse d'une meilleure conduite à l'avenir et la prière qu'on le laisse encore en famille. Cette satisfaction des malades est un grand avantage moral pour eux comme pour les gens normaux d'ailleurs, et, quand une méthode d'assistance apporte cet élément de bien-être, on doit la développer autant que possible.

3. — Le bien-être matériel des malades transférés de l'asile dans les familles est très réel. Je n'hésite pas à dire même que la santé générale est meilleure que

celle des malades de la même classe placés dans les asiles.

Ce paraît être la conséquence naturelle d'une condition de vie morale plus normale. Dans mes rapports, j'ai toujours appelé l'attention, avec insistance, sur les avantages matériels inhérents au système familial.

La proportion des décès, qui est au plus de 5 à 6 pour 100 par an, est seulement constituée par les infirmes et avancés en âge (1).

4. — Une amélioration de l'état mental se produit pour la plupart des cas envoyés de l'asile en famille. Ce changement peut être attribué à l'influence inhibitoire du milieu ambiant, une fois que le malade est soumis à des soins particuliers. La société de personnes saines, l'exemple des nourriciers, la présence des enfants et différentes autres choses, tout, de près ou de loin, influe sur son caractère. Il en résulte souvent que le malade paraît plus raisonnable qu'il n'était en réalité, et quelquefois le devient réellement. Il comprend bien vite que les écarts de caractère ou de paroles choquent la famille où il est.

Ayant toujours des exemples de gens raisonnables, il en subit l'influence constante et est amené naturellement à modeler sa conduite sur celle de ses compagnons.

(1) *Annual Report* (1889).

| MODE D'ASSISTANCE | GUÉRISONS | MORTALITÉ |
|---|---|---|
| Asiles royaux et asiles de comtés | 40,1 p. °/₀ | 7,9 p. °/₀ |
| Asiles privés | 26,5 p. °/₀ | 5,1 p. °/₀ |
| Asiles paroissiaux | 38,8 p. °/₀ | 9,7 p. °/₀ |
| Quartiers de Poorhouses | 6,3 p. °/₀ | 3,8 p. °/₀ |
| Maisons privées | 5,» p. °/₀ | 4,1 p. °/₀ |
| Institutions pour les idiots | » » | 5,6 p. °/₀ |
| Asile-prison | 8,3 p. °/₀ | » » |

On observe ce changement très rapidement, et des malades qu'à une première visite on serait tenté de porter comme devant retourner à l'asile, après sursis, à un second examen sont retrouvés transformés et tout à fait prêts à subir avec le plus grand profit le traitement familial.

Des cas désespérés ont été ainsi améliorés ; c'est ce que le docteur Turnbull appelle spirituellement l' « *action tonique* » du Private system.

Néanmoins il est des cas qui ne se modifient en aucune façon, et qui sont même réfractaires au régime au point de nécessiter la réintégration dans un asile de chroniques.

Hâtons-nous d'ajouter que c'est là une minorité infime. M. le docteur Robertson évalue au tiers du nombre total des aliénés placés la proportion réelle de ceux qui pourraient, sans encombre, profiter du mode d'assistance familial (Congrès de Londres, *Psychiatry*).

5. — Le placement en famille permet aux malades inoffensifs et incurables de s'organiser une existence utile leur permettant de s'entretenir un peu et d'avoir un salaire qui vienne alléger le fardeau des frais supportés par les contribuables.

En effet, souvent les parents du malade font, soit entièrement, soit partiellement relever le malade du « rôle des pauvres » lorsqu'ils le voient dans une situation aussi avantageuse et en quelque sorte utilisé.

Ainsi, non seulement par son moindre coût, mais aussi par ce dernier motif, le système familial offre au point de vue budgétaire tout avantage sur l'asile.

L'an dernier, sept aliénés indigents du district où j'étais inspecteur ont été ainsi rayés de la liste des indigents, comme capables de subvenir eux-mêmes à leurs besoins.

Dans un nombre de cas bien plus considérable, des

malades qui ne se suffisaient pas entièrement ont du moins allégé singulièrement le prix qu'ils coûtaient à leur paroisse par leur embauche à des travaux bien rémunérés.

Beaucoup s'enorgueillissent des habits qu'ils ont ainsi acquis. L'un me disait qu'en 37 ans d'asile il n'avait gagné que 4 pence, et qu'en 2 ans de système familial il avait gagné plus de 7 livres. Aussi avait-il acheté une malle et une collection complète de vêtements du dimanche qu'il me faisait admirer !

Quand un système a les différents bons effets que nous venons de dire, il semble bien qu'il mérite qu'on le développe. Il peut avoir ses défauts et ses inconvénients, mais ils ne sont ni plus ni moins sérieux que ceux de tous les autres sytèmes.

*Choix et payement des nourriciers.* — Le montant nécessaire et suffisant de la rémunération des nourriciers est réglé par les inspecteurs. L'expérience et le tact de ces derniers est indispensable pour sa fixation, car elle varie selon les localités. Bien que des règles générales doivent être posées, il y a lieu de tenir compte des circonstances particulières de lieu en même temps que des exigences individuelles spéciales dans certains cas.

Le docteur Lawson, dans son rapport général, étudie cette question.

En principe général, l'indemnité pour le maintien d'un aliéné indigent dans une maison étrangère doit être fixée de telle sorte qu'elle assure au gardien, outre le légitime dédommagement auquel il a droit comme logeur, une rétribution spéciale eu égard à l'état particulier du pensionnaire. J'ai établi que l'indemnité devait être de 6 à 7 shillings par semaine, dans les circonstances ordinaires, pour répondre à un dédommagement suffisant. Je me suis basé sur une enquête

faite, d'une part sur ce que coûte la vie ordinaire dans les différentes parties de l'Écosse, et de l'autre sur le prix moyen de journée des ouvriers agricoles et autres. Cette somme a été prise comme base uniforme d'une juste rémunération et l'offre en a été régulièrement acceptée, ce qui montre qu'elle répond aux exigences économiques. Une élévation de l'indemnité au-dessus de 7 shillings par semaine pourrait devenir préjudiciable. Tout d'abord les sommes allouées aux familles gardiennes de leurs propres malades tendent à s'accroître en proportion de celles allouées aux gardiens étrangers ; or il n'est pas convenable qu'une telle élévation de ce prix pousse les familles à considérer la maladie d'un des leurs comme une source de bénéfices. D'autre part, l'augmentation de ces allocations pourrait tenter une classe de nourriciers qui, bien qu'on puisse peut-être en obtenir le même dévouement que des gardiens présents, offriraient cependant moins de garanties, comme n'étant poussés que par l'appât du gain. Le nourricier idéal est celui dont la maison, quoique suffisante au point de vue de l'hygiène, est cependant assez restreinte pour obliger les commensaux à vivre dans une véritable intimité avec les malades. Il est touchant de voir ces derniers se mêler aux soins du ménage, avec la famille du gardien, dans son humble maison. Dans une demeure plus vaste ou courrait le risque de voir les gardiens s'isoler de leurs pensionnaires et les abandonner aux soins de domestiques. J'ai souvent eu occasion de constater que les gardiens, avec 6 à 7 shillings par semaine, arrivaient à nourrir et à traiter convenablement leurs pensionnaires, tout en ayant un profit suffisant.

J'ai eu d'autre part, dans mes visites dans les districts, occasion de trouver des malades placés en famille, qui n'auraient pas dû y être envoyés si un examen préalable

suffisant eût été fait. Or il s'est trouvé souvent que le bon sens et la douceur des gardiens en ont eu raison et ont provoqué une telle amélioration que nous n'avons pas insisté pour la réintégration des patients dans un asile. Il se trouve aussi que des malades anciennement placés changent et deviennent moins susceptibles du traitement familial. Les gardiens, généralement, luttent contre cette difficulté non sans succès, ayant peine à se séparer de pensionnaires auxquels ils se sont attachés. Dans un cas même, j'ai vu une vieille malade, après des ictus répétés, devenue paralysée et complètement démente ; je prescrivis la réintégration à l'hospice où elle serait plus convenablement placée pour le traitement de son état mental et de sa faiblesse physique : mais la gardienne implora qu'elle lui fût laissée, bien qu'elle eût pu avoir à la place une autre malade facile. Je l'autorisai à la conserver, bien que la malade fût malpropre dans ses vêtements, lacérât sa literie et sortît de son lit toutes les nuits. Pendant deux ans la gardienne dut coucher à son chevet pour l'empêcher d'abîmer la literie et de sortir du lit. Par une constante surveillance de jour et de nuit, elle la soigna si tendrement qu'en aucune institution on n'eût pu réaliser des conditions aussi favorables de traitement individuel. En règle générale, toutefois, je désapprouve le placement dans les familles de malades aussi difficiles et malpropres, et cependant j'ai eu plusieurs fois la main forcée par les circonstances, et j'ai pu voir de tels malades tirer de leur placement chez des particuliers une amélioration rapide et inattendue. Tout dépend d'ailleurs de l'énergie ou du tact des nourriciers. Une ménagère a d'ailleurs tout intérêt à préserver sa malade de la malpropreté, bien plus encore qu'une infirmière d'asile ; elle évite ainsi un surcroît de travail désagréable.

On peut ajouter, à tout ce qui précède, ainsi que le

fait judicieusement remarquer M. Féré, que les accidents ne sont pas plus nombreux dans les maisons privées que dans les asiles; que les évasions y sont rares.

Quant aux accidents sexuels, ils ne sont pas non plus nombreux, puisqu'on n'en relève que deux dans le dernier rapport. Encore, en ce qui concerne spécialement la Grande-Bretagne, pourrait-on encore les rendre plus rares, en poursuivant les complices, contre lesquels la loi est armée.

Chez nous, l'extension du *Private dwelling system* aurait en outre l'avantage de rendre les asiles à leur véritable destination.

Les asiles d'aliénés deviendraient des hôpitaux comme les autres, d'où les malades doivent sortir lorsqu'ils n'ont plus rien à attendre des soins du médecin.

L'élimination des incurables permettrait au médecin de consacrer plus de temps et d'attention aux malades susceptibles de profiter de ses soins. Dans les hôpitaux ordinaires, lorsqu'un malade est reconnu incurable, ou a retiré du traitement tout le bénéfice possible, il est rendu à sa famille ou à l'Administration, qui pourvoit à son assistance (asiles de convalescents). Il devrait en être de même dans les asiles d'aliénés, sauf le cas où les malades sont dangereux pour la santé publique.

Nous avons jusqu'ici réitéré les citations des partisans du système familial; il est bon d'entendre aussi l'avis d'un praticien éminent, dont l'expérience consommée et l'autorité incontestée ont le plus grand poids. C'est le docteur Yellowlees qui a plus d'une fois élevé la voix au sein de la Société médico-psychologique anglaise pour lutter contre l'enthousiasme exagéré de certains fanatiques du système familial. On le verra d'ailleurs, ses justes appréciations sont loin de conclure au rejet du système :

« Les différents modes d'assistance répondent à des

classes différentes de malades et aussi à des prix respectifs différents.

« Pour ces dix dernières années, la moyenne quotidienne pour le maintien des aliénés indigents à l'asile était de :

| | |
|---|---|
| A l'asile.......... | 1 sh. 5 d. (1 fr. 80). |
| Au quartier d'hospice . . | 1 sh. 1 d. (1 fr. 25). |
| En famille......... | 9 d. (1 franc). |

« Ces différences sont appréciables et, dans les paroisses importantes, le système prédominant influe largement sur le taux des dépenses pour les aliénés.

« A ne considérer que nos trois principales paroisses de Glascow, voici comment sont appliqués les différents systèmes :

« A. — La paroisse de Barony a 514 aliénés, dont 482 au splendide asile de Woodilee et 13 dans d'autres asiles. Enfin 19, soit seulement 3,7 pour 100, sont placés dans des familles.

« B. — La paroisse de la cité a 509 aliénés; 124 seulement sont placés à l'asile paroissial et 321 dans d'autres asiles. 64, ou 12,6 pour 100 du total, sont assistés par le *Private dwelling system.*

« C. — Govan a 304 *lunatics.* 224 sont à l'asile de ce nom, — 12 dans d'autres asiles, et 63 ou 20,7 pour 100 soumis au *Boarding out system.*

« Pour Barony, dont la plupart des aliénés sont maintenus dans l'asile paroissial, tout semble pour le mieux ; mais les dépenses sont fort élevées et, en échange, l'asile tend à être encombré de chroniques, qui ne peuvent profiter de ces coûteux sacrifices. Aussi est-on dans l'alternative ou d'organiser l'évacuation ou d'agrandir encore l'asile, en lui faisant perdre tout caractère d'hôpital de traitement efficace.

« Dans les deux autres paroisses, en revanche, le

désencombrement est effectué efficacement par le moyen de l'évacuation dans les familles des cas chroniques et incurables.

« Mais la question du *Boarding out system*, comme beaucoup d'autres, a deux faces, et elle a été exaltée en même temps qu'attaquée avec une égale passion.

« D'après le rapport officiel des inspecteurs, qui assurément possèdent la plus complète expérience du système, on n'a eu qu'à se louer pour les applications qu'il comporte. Mais, si l'on remarque que le prix minimum du régime alimentaire quotidien d'un aliéné ainsi placé peut être de 2 sh. 6 d. par semaine et ne contient pas de viande de boucherie, que le logement, le chauffage et la soupe sont estimés au minimum de 13 d. par semaine, cela fait un total minimum de 3 sh. 6 d. par semaine. Pour qui connaît les détails de l'administration d'un asile, il n'est pas possible de comprendre qu'à ce prix on puisse constituer un confort et un régime approchant de celui de l'asile, et l'on se prend à douter que les avantages de liberté et de vie en famille soient une compensation suffisante.

« Pour bien des chroniques et des déments, il est certain que l'assistance dans un asile moderne et agencé pour le traitement des curables est une extravagance coûteuse et inutile, mais il ne faudrait pas tomber dans l'extrême inverse et les placer dans des conditions précaires par une cruelle parcimonie.

« Je reconnais, à n'en pas douter, que, pour beaucoup de malades, le *Boarding out plan* répond admirablement aux nécessités, à condition qu'il soit largement compris. Mais, outre les difficultés du choix des malades à qui cette méthode convient, il faut ajouter celles du choix des ménages et des nourriciers.

« Mon expérience me permet d'affirmer que la moitié seulement des chroniques incurables à évacuer est

susceptible de cette méthode d'assistance. Que faire de l'autre moitié?

« A Londres, on a construit d'immenses asiles de chroniques, à Leavesden, Caterham et Darenth. Le *Metropolitan Asylum District Board* fait évacuer les incurables accumulés dans les asiles ou les quartiers d'hospice de Londres. 2000 malades ont été ainsi placés et coûtent en moyenne chacun environ 8 sh. par semaine. Voilà un moyen de résoudre la question par la concentration à outrance. C'est là le contre-pied du système familial; le mieux est de combiner les deux méthodes.

« Il y a déjà plusieurs années, j'avais exprimé ces mêmes vues. Voici dans quels termes :

« ... L'histoire est partout la même.

« On construit un asile qui semble plus que suffisant pour tous les besoins du district, et pendant un temps même on peut y recevoir en outre des malades des autres comtés. Peu à peu les incurables s'accumulent, on est débordé, on évacue les aliénés des districts autres; on ajoute ensuite une aile, puis une autre; d'agrandissements en agrandissements, on en arrive à rompre le plan primitif, à faire perdre à l'asile le caractère de traitement individuel qui devient de plus en plus difficile, les nouveaux se trouvant facilement perdus dans la foule des incurables.

« Le transfert dans les *wards* (quartiers d'hospice) retarde cette complication, mais elle survient aussi pour ces derniers, qui deviennent à leur tour insuffisants.

« Le *Boarding out system* est invoqué alors comme le remède final et souverain.

« L'incurable, évacué de l'asile, est placé, par les soins de l'Administration paroissiale, en pension, soit chez des parents, soit dans un ménage étranger, où les frais sont supportés par la paroisse et la surveillance exercée par les inspecteurs. »

« Malheureusement, cette méthode n'est pas applicable à tous les cas; tandis qu'elle répond admirablement à certains d'entre eux, il en est un certain nombre qui sont absolument incompatibles avec elle.

« La moitié tout au plus des incurables peut être ainsi assistée, à condition encore qu'on trouve des gardiens sûrs et des ménages convenables. L'expérience générale montre que, dans chaque comté ou district, il faudrait avoir deux sortes d'asiles : l'un serait plutôt l'hôpital avec un corps médical et d'aides très complet, parfaitement équipé pour le traitement des cas récents.

« L'établissement serait central ou du moins facilement accessible de tous les points du district. Il recevrait les cas nouveaux et ne retiendrait des cas anciens que juste le nombre nécessaire pour l'exemple de l'ordre, de l'obéissance et du travail; la population n'excéderait pas 300 malades, pour qu'on puisse s'occuper de chacun individuellement.

« Les chroniques seraient évacués sur un autre asile plus considérable. Ce dernier serait hors des villes dans de vastes terrains pour la culture et le pâturage des vaches laitières. La partie centrale en serait réservée aux infirmes avec section d'observation pour les arrivants et infirmerie des affections intercurrentes.

« On n'y recevrait des malades que de l'asile-hôpital. Le prix du lit y serait moitié moindre qu'à l'asile de traitement; le principe de l'administration serait l'économie en ce qu'elle a de compatible avec le bien-être des malades.

« Ce serait le seul moyen de concilier les intérêts du budget obéré et ceux des aliénés à traiter.

« C'est dans cet asile qu'une dernière sélection serait faite pour les placements dans les familles qui, je le répète, ne peuvent être, à mon avis, portés à plus de la moitié du nombre des incurables ainsi évacués. »

On le voit, les conclusions du docteur Yellowlees sont loin d'être contraires au système ; elles tendent seulement à en restreindre l'application à des cas déterminés, soigneusement triés parmi les chroniques.

Les avantages du système familial, ces restrictions faites, sont donc considérables. Il reste à se demander quelle est de ces applications celle que l'on doit préconiser : de la dissémination des malades dans des hameaux différents et éloignés, ou de l'agglomération dans une même région, comme à Gheel. Gheel est trop connu et a fait l'objet de trop d'études magistrales pour que nous en entreprenions la description, même rapide. Cela sortirait d'ailleurs du sujet de notre rapport.

Mais en Écosse aussi existent des agglomérations, qui, pour être moins importantes, n'en constituent pas moins de véritables villages d'aliénés, analogues au système belge.

Ce sont les comtés de Fife, Perth, Ayr et Stirling, qui contiennent les principales de ces agglomérations.

En voici le détail :

| | | | |
|---|---|---|---|
| Fife. . . . . . | Kennoway. . . . . . . | 65 | malades. |
| | Star. . . . . . . . . . . | 40 | — |
| | Thornton . . . . . . . | 29 | — |
| | Auchtermuchty. . . . | 14 | — |
| Perthshire . . | Gartmore . . . . . . . | 50 | — |
| | Scone . . . . . . . . . | 12 | — |
| Stirlingshire. | Balfrou. . . . . . . . . | 78 | — |
| Ayrshire. . . | Ballantrac . . . . . . . | 39 | — |

Or, après essai et expériences comparatives, les inspecteurs tendent à limiter le nombre des licences dans les villages où les agglomérations ont une tendance à devenir trop nombreuses.

L'existence d'un corps d'inspecteur et la double sélection préalable (à l'asile de traitement et à l'asile-hospice) font que les placements ne portent que sur des chroniques choisis avec soin, et dispensent d'une infir-

merie spéciale, dont l'existence à Gheel nécessite le groupement des malades alentour. D'autre part, les placements directs (sans distinction d'aigus ou de chroniques) font qu'à Gheel on ne peut disséminer les malades comme en Écosse.

Dans ce dernier pays, par suite même de l'état mental chroniquement troublé et le plus souvent incurable du malade, la visite de l'inspecteur aliéniste peut être moins fréquente et peut être suppléée en partie par celle de médecins locaux, qui vérifient l'état de santé physique et les conditions d'hygiène. Ces visites médicales de deux sortes alternent avec celles des inspecteurs des pauvres des paroisses, qui constituent pour les inspecteurs généraux une sorte de doublure administrative, correspondant à nos administrateurs provisoires.

Un tel système est-il praticable en France ?

On l'a cru longtemps impossible parce qu'on n'envisageait que l'exemple de Gheel, au lieu du système écossais plus simple et plus pratique.

Or la création de Lierneux a donné un démenti formel à cette assertion.

En dépit des préventions dont le système familial était alors l'objet, l'Administration du département de la Seine, dès avant 1870, s'était préoccupée d'en essayer l'implantation chez nous. Le baron Haussmann fit en effet dresser le plan d'une colonie familiale pour les chroniques atteints de maladies mentales et nerveuses (épileptiques surtout). « Cette colonie devrait constituer un village de 600 de ces déshérités. Au lieu d'être casernés, ils seraient disséminés, brigade par brigade, dans de petites habitations rurales, mettant à leur portée toutes les occupations agricoles, des ateliers pour tous les corps de métiers, des classes, une bibliothèque, une église, etc. »

La guerre de 1870 fit abandonner ces projets ; ils

sont sur le point d'être repris et, aux dernières sessions du Conseil général de la Seine (1891), l'Administration a présenté un projet démontrant que la colonisation serait facile dans une sphère restreinte. Elle aurait le double avantage d'ouvrir une voie nouvelle en résolvant la question de l'encombrement des asiles et même des hôpitaux; elle influerait aussi sur la législation à l'étude concernant la revision de la loi de 1838.

La réussite d'une telle tentative pourrait en motiver l'essai dans les départements non encore pourvus de moyens d'assistance pour les aliénés indigents, et actuellement tributaires des autres.

Dans un rapport non encore publié, M. le docteur Deschamps, président de la 3e Commission du Conseil général, conclut à l'application immédiate de l'expérience.

Ainsi qu'il le fait observer, d'ailleurs, ce ne serait même pas là une innovation; en ce moment, l'Assistance publique place chez les paysans les enfants assistés qui, arrivés à l'âge de vingt et un ans, sont reconnus inaptes à gagner leur vie pour cause de maladie ou d'idiotisme.

« On étendrait aux vieillards infirmes et déments cette mesure, en les envoyant dans des villages d'aliénés et chez les habitants de la campagne. Ils coûtent 4 francs par jour dans l'asile; ils ne coûteront plus que 1 franc et, comme la proportion des personnes atteintes de folie augmente malheureument sans cesse, on pourra recevoir celles-ci en plus grand nombre dans nos asiles. »

L'article 25 de la loi de 1838, reproduit dans la nouvelle, est ainsi conçu : « ..... Les aliénés dont l'état mental ne compromet pas l'ordre public ou la sûreté des personnes seront également admis dans les formes, circonstances et conditions réglées par le Conseil général,

sur proposition du Préfet et approuvée par le Ministre. »

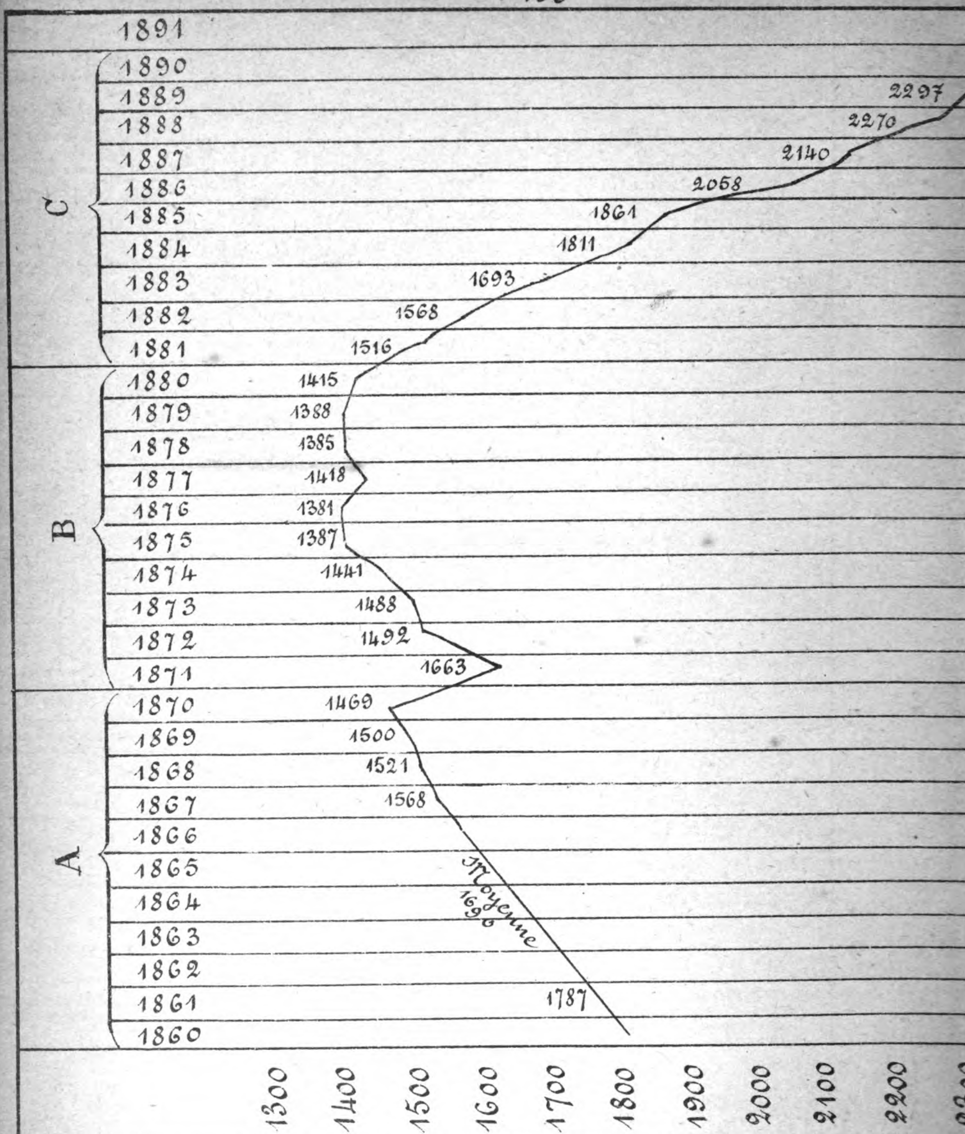
C'est en vertu de cet article que l'essai de colonisation familiale peut être tenté. Et d'abord, il répond pleinement à la catégorie de malades qui en fait l'objet ; ce sont bien des *aliénés*, sinon au sens de l'article 18 (dangereux), du moins au sens de l'article 25, et scientifiquement parlant ; car « la démence sénile est une forme particulière de folie, et d'autre part l'aliénation est l'ensemble des diverses formes de folie et de démence » (Littré).

Que si l'on réduisait l'essai à l'hospitalisation simple de vieillards non aliénés et sortis des asiles, on ne créerait pas un mode nouveau d'assistance pour les *aliénés*, qui, par définition, en seraient exclus ; on ferait sortir seulement des malades, qu'il y aurait moyen d'écarter bien plus simplement (en ne les recevant pas tout d'abord). Mais ce serait là détourner de son but la désignation des chefs de service qui, par placements familiaux, comprennent la continuation d'une surveillance médicale spéciale, conformément au projet étudié et comme cela se pratique à l'étranger.

Les protestations unanimes des chefs de service de la Seine, réclamant suppression de l'encombrement par les déments incurables, ne peuvent être interprétées dans le sens du renvoi aux hospices ordinaires ; si ce ne sont pas des aliénés dangereux, ce ne sont pas non plus des séniles simples, mais des malades à mentalité profondément et définitivement altérée.

Il faut à cette catégorie intermédiaire de malades une méthode d'assistance mixte, tenant le milieu entre l'asile fermé et l'hospice des vieillards ; la surveillance médicale dans les familles paraît y répondre ; ainsi comprise, elle pourra permettre l'extension ultérieure du système aux véritables aliénés chroniques, devenus aussi incurables et inoffensifs.

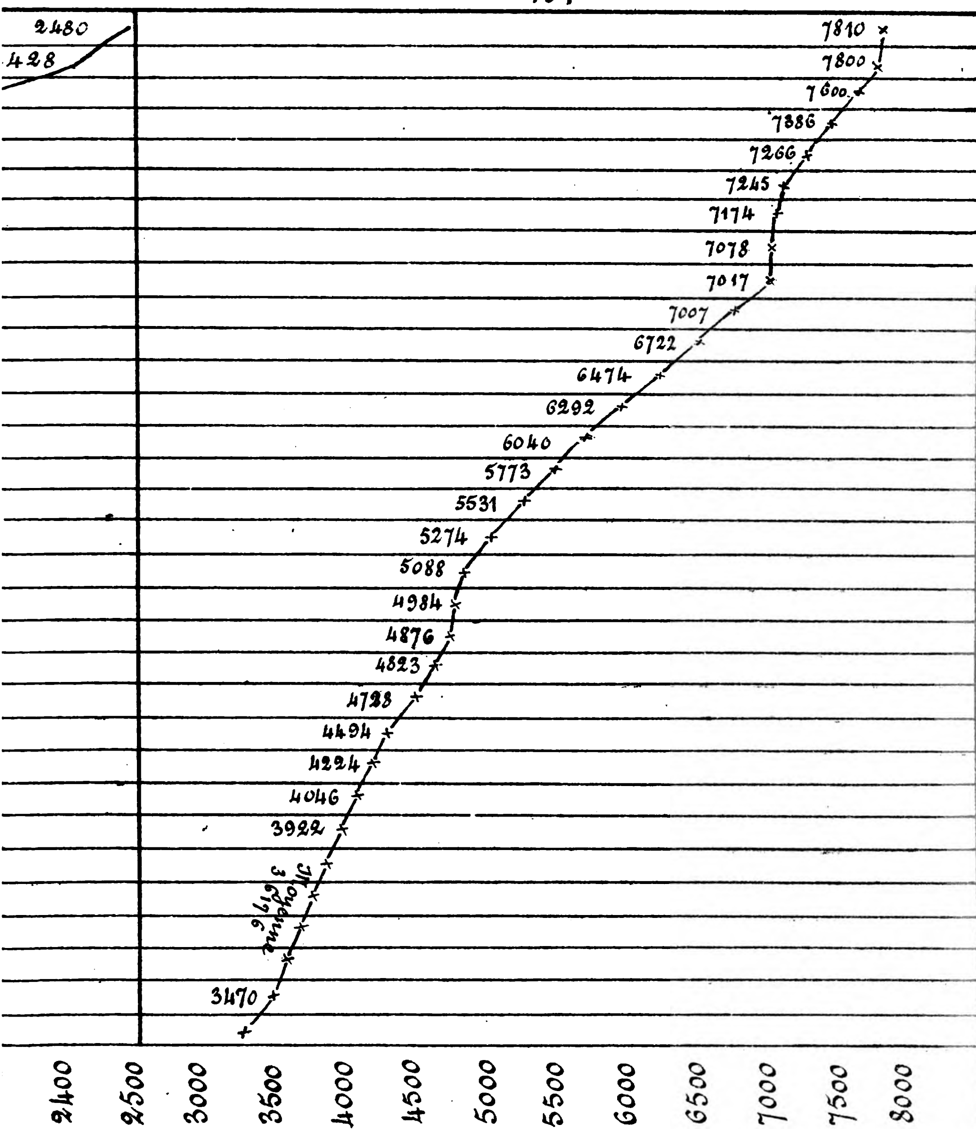
---




# Aliénés dans les Familles

Moyenne annuelle des placements par décad

A de 1860 à 1870 .......... 1946
B de 1870 à 1880 .......... 1487
C de 1880 à 1890 .......... 1998




e.

## Aliénés dans les Asiles

*Accroissement du nombre des aliénés dans les asiles*

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| A | de | 1860 | à | 1870 ..... | 1258 |
| B | de | 1870 | à | 1880 ..... | 1746 |
| C | de | 1880 | à | 1890 ..... | 1326 |

# APPENDICE

---

*Instructions aux personnes qui ont à soigner des aliénés à titre de pensionnaires isolés.*

(Extraits des circulaires officielles concernant le mécanisme des placements familiaux en Écosse.)

« . . . . . Le malade doit être visité en principe tous les quinze jours par le médecin (suivent des restrictions analogues à celles que notre loi applique aux médecins de l'Administration : n'avoir pas signé l'un des certificats de placement, ne toucher aucune part de la pension, n'être ni associé ni parent des nourriciers, etc.).

« On tiendra dans la maison un registre conforme au modèle X, que l'on appellera registre des visites médicales.

« Après chaque visite le médecin traitant consignera sur ce registre l'état physique et moral du malade, ainsi que l'état de la maison.

« Les registres de visites médicales et le journal médical des médecins, ainsi que les demandes et pièces relatives aux placements, sont à la disposition des commissioners (médecins inspecteurs) toutes les fois qu'ils visitent le malade.

« En dehors des visites individuelles des inspecteurs généraux, ces pièces sont notifiées au bureau central de l'inspection, ainsi que les décès, sorties, transferts, évasions, réintégrations, etc.

« Sont aussi signalés aux registres individuels et au

journal médical l'emploi des moyens de contrainte toutes les fois qu'on y aura recours.

« Les lettres du malade aux inspecteurs doivent être transmises, sans être ouvertes ; les autres sont également envoyées ou remises à la visite. » (Circulaire complémentaire du 1er janvier 1880.)

En règle générale, le bureau central d'inspection exige, au moins une fois par trimestre, la transmission d'une note détaillée, indépendamment du rapport semestriel individuel rédigé séparément par chaque inspecteur pour chaque malade de son ressort, et du rapport général annuel du bureau.

Donc deux services d'inspecteurs :

A. Service central des inspecteurs généraux (commissioners) ;

B. Commission locale de « visitors ».

L'un et l'autre sont essentiellement constitués par des médecins spécialistes assistés de notabilités administratives variées (officiers de charité) et de secrétaires.

Pour assurer les connaissances spéciales du médecin inspecteur local, on nomme généralement visitor le superintendent de l'asile du district, qui, de cette façon, continue à visiter comme tel les malades passés de l'asile à la colonie familiale.

Ce passage, comme l'évacuation sur l'asile-hospice (wards), se fait sur le vu d'un certificat médical du médecin d'asile, constatant que le malade est un aliéné incurable et non dangereux, qui ne tirerait plus aucun profit du traitement à l'asile proprement dit.

Les commissioners apprécient et délivrent s'il y a lieu une *licence* à tel nourricier admis sur la liste pour l'obtention d'un malade à soigner.

Les payements de pension sont faits par les visitors locaux qui délèguent l'un des leurs à cet effet.

Le retour facile de l'aliéné est assuré par ce fait qu'il

n'a pas été déclaré sortant libre; les médecins doivent opérer la réintégration si elle se trouve indiquée ou seulement le changement de nourricier, en signalant les motifs aux inspecteurs généraux qui retirent la *licence* délivrée, purement et simplement.

L'inspection médicale s'occupe, outre la surveillance des malades et des nourriciers, de l'éducation professionnelle spéciale de ces derniers.

« Ce service, dit Foville, présente de grandes analogies avec celui des enfants assistés en France, mais avec cette *différence capitale* que le contrôle d'inspection en est centralisé entre les mains d'un corps spécial, au lieu d'aboutir, comme en France, à un chef-lieu de département et de se confondre avec les attributions presque infinies des préfets. Aussi peut-on affirmer qu'en Écosse la surveillance des aliénés à domicile est plus rigoureuse et le compte rendu des visites d'inspection beaucoup plus minutieux et détaillé que cela n'a lieu en France pour les enfants assistés, même dans les départements où ce service laisse le moins à désirer. » (Rapport au Sénat, 1884.)

---

# TABLE

## PREMIÈRE PARTIE

**Asiles de traitement pour les aliénés curables**



## DEUXIÈME PARTIE

**Assistance des chroniques**



7561. — Lib.-Imp. réunies, rue Mignon, 2, Paris.

